



## ສິດ

# ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)

### ພາກທີ 1

ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ກຽດສິດແລະຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນ

#### ພວກທີ 1.1

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີທີ່ຈະມີປະໂຫຍດສຳລັບທ່ານ ແລະມີຄວາມສຳຄັນສະເໝີກັບຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນດ້ານ ພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ພາສາເບຣລ໌, ສິ່ງພິມໃຫຍ່ ຫຼືຮູບແບບອື່ນ ແລະອື່ນໆ)

ແຜນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການທັງໝົດ ທັງດ້ານຄລິນິກແລະບໍ່ແມ່ນຄລິນິກ, ຖືກຈັດໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ມີຄວາມຮູ້ດ້ານວັດທະນະທຳ ແລະສາມາດເຂົ້າເຖິງຜູ້ສະໝັກ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານພາສາອັງກິດ, ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານຄວາມສາມາດອ່ານ, ພັງ ຫຼືຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຼາກຫຼາຍດ້ານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີທີ່ແຜນອາດຈະຕັ້ງຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານການເຂົ້າເຖິງ ລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດຢູ່ທີ່ການບໍລິການຈັດຫາໝໍແປພາສາ, ການບໍລິການນາຍພາສາ, ເຄື່ອງໂທລະພິມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບແບບຂຽນຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ເຄື່ອງໂທລະພິມ).

ແຜນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການຕອບຄຳຖາມ.

ທ່ານສາມາດຮັບເອກະສານສຳບັບນີ້ຫຼືສິ່ງພິມອື່ນໃນພາສາ ສະເປນ ຫຼື ພາສາອື່ນ ຫຼືເວົ້າກັບໃຜຜູ້ໜຶ່ງກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນນີ້ ໃນພາສາອື່ນ, ໄດ້ຟຣີ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນພາສາເບຣລ໌, ສິ່ງພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບອື່ນໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ສະຫວັດດີການຂອງແຜນ

ໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມກັບທ່ານ.

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບໃດໜຶ່ງທີ່ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນພວກເຮົາມີໜ້າທີ່ໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນຂອງການເຂົ້າເຖິງ ຊ່ວຍຊານສຸຂະພາບເພດຍິງໂດຍກົງ ພາຍໃນເຄືອຂ່າຍ ສໍາລັບການບໍລິການກວດເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດຕາມປົກກະຕິ.

ຖ້າແພດປິ່ນປົວໃນແຜນໃນເຄືອຂ່າຍສໍາລັບຊ່ວຍຊານ ບໍ່ສາມາດໃຫ້ການປິ່ນປົວໄດ້, ຈະເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນທີ່ຈະຫາຊ່ວຍຊານນອກເຄືອຂ່າຍ ຜູ້ທີ່ຈະໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ຈໍາເປັນໃຫ້ທ່ານ.

ຖ້າທ່ານພົບຕົນເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຊ່ວຍຊານໃນເຄືອຂ່າຍແຜນທີ່ຄຸ້ມຄອງຄ່າບໍລິການ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໂທຫາແຜນ ເພື່ອຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ທ່ານຈະສາມາດຮັບການບໍລິການໄດ້,

ຖ້າທ່ານພົບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກ ແຜນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ກະລຸນາຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄປທີ່ ໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ເບີ 833-346-9222 (TTY 711), ຕອກ 8 a.m. ຫາ 8 p.m., 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງອາດສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຟ້ອງກັບ Medicare ດ້ວຍການໂທໄປທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂທໂດຍກົງໄປທີ່ ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

**ພາກທີ 1.2**

**ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບແລະຮັບຮູ້ກຽດສັກສີຂອງທ່ານແລະສິດໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທ່ານ**

- ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງເຄົາລົບກົດໝາຍ ທີ່ປົກປ້ອງທ່ານຈາກການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຮັບການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເປັນທໍາ. **ພວກເຮົາບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ** ໂດຍອີງໃສ່ເງື່ອນໄຂການແພດ, ສະຖານະດ້ານສຸຂະພາບ, ການຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ປະສົບການຂໍຮັບເງິນຄືນ, ປະຫວັດການປິ່ນປົວ, ຄວາມພິການ (ລວມເຖິງຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ), ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ອາຍຸ, ເພດ (ລວມເຖິງທັດສະນະທາງເພດ ແລະ ຕົວຕົນທາງເພດ), ຄວາມມັກທາງເພດ, ສັນຊາດເດີມ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອ, ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ ຫຼື ບ່ອນຢູ່ອາໄສ.
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຮັບການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເປັນທໍາ, ກະລຸນາສອບຖາມ U.S. Department of Health and

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

Human Services' **Office for Civil Rights** ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ຫຼື ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

- ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະ ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຂົ້າເຖິງ ການປິ່ນປົວ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ ໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ, ເຊັ່ນ: ບັນຫາກັບການເຂົ້າເຖິງລົດເຂັນ, ໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກສາມາດຊ່ວຍໄດ້.
- ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ  
ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ພວກເຮົາປົກປ້ອງສິດໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາອີງໃສ່ ພາກທີ 1.4.

**ພາກທີ 1.3 ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງການບໍລິການແລະຢາທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ໄດ້ຢ່າງທັນເວລາ**

- ທ່ານມີສິດໃນການເລືອກ ແພດປະຈໍາ (PCP) ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນ ເພື່ອໃຫ້ແລະຈັດການການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ຈໍາເປັນໃຫ້ທ່ານຕ້ອງມີ ການແນະນໍາຕໍ່ ເພື່ອໄປຫາ ແພດໃນເຄືອຂ່າຍ.
- ທ່ານມີສິດໃນການນັດພົບ ແລະ ການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ຈາກແພດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງ ແຜນພາຍໃນເວລາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ. ສິ່ງນີ້ລວມເອົາ ສິດໃນການຮັບການບໍລິການທັນເວລາ ຈາກຊ່ຽວຊານເມື່ອທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວ. ທ່ານຍັງມີສິດໃນການຮັບ ການຕື່ມ ແລະ ເພີ່ມຢາຕາມແພດສັ່ງໄດ້ໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາທຸກບ່ອນ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການຊັກຊ້າຍາວນານ.
- ທ່ານສາມາດເຂົ້າຫ້ອງສຸກເສີນ ແລະ ຫ້ອງກວດໂອຍມີອາການ ຫຼື ການຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນ ພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າກວດໃນຫ້ອງການໂດຍບໍ່ມີອາການໄດ້ ທັງໝົດບໍ່ກາຍ 14 ມື້ໃນປະຕິທິນ.
- ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ ພາກ D ພາຍໃນເວລາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ພາກທີ 8 ໃນ Evidence of Coverage ຈະບອກທ່ານຈະເຮັດຫຍັງແນ່.

**ພາກທີ 1.4**

**ພວກເຮົາຕ້ອງປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນ**

ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງແລະກົດໝາຍລັດໃຫ້ການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງບັນທຶກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນ.

ພວກເຮົາປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້.

- ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານລວມມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນນີ້, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານແລະຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະສຸຂະພາບອື່ນໆ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານແລະການຄວບຄຸມວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກນຳໃຊ້. ພວກເຮົາສົ່ງແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານ, ເອີ້ນວ່າ *ແຈ້ງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ* ເຊິ່ງບອກກ່ຽວກັບສິດເຫຼົ່ານີ້ແລະຄຳອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

**ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແນວໃດ?**

- ພວກເຮົາຮັບປະກັນວ່າ ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຈະບໍ່ສາມາດເຫັນຫຼືທຳການປ່ຽນແປງບັນທຶກຂອງທ່ານໄດ້.
- ຍົກເວັ້ນກໍລະນີລຸ່ມນີ້, ຖ້າພວກເຮົາຕັ້ງໃຈໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນອື່ນ ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວດູແລ ຫຼື ຈ່າຍການປິ່ນປົວດູແລໃຫ້ທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ອຳນາດດ້ານກົດໝາຍເພື່ອທຳການຕັດສິນໃຈແທນທ່ານກ່ອນທຸກຄັ້ງ.
- ຍັງມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນບາງປະການ ທີ່ພວກເຮົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານລ່ວງໜ້າ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຫຼືຖືກບັງຄັບດ້ວຍກົດໝາຍ.
  - ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງປ່ອຍຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບອົງການຕົວແທນຂອງລັດຖະບານ ເຊິ່ງກວດກາຄຸນນະພາບຂອງທ່ານປິ່ນປົວດູແລ.
  - ຍ້ອນວ່າທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຜ່ານ Medicare, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແກ່ Medicare

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ຍາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ. ຖ້າ Medicare ປ່ອຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານອອກ ເພື່ອການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ເພື່ອການນຳໃຊ້ອື່ນໆ, ສິ່ງນີ້ຕ້ອງດຳເນີນໄປຕາມກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ; ໂດຍສະເພາະ, ສິ່ງນີ້ຕ້ອງການຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານກຳນົດວ່າບໍ່ຕ້ອງການເປີດເຜີຍ.

**ທ່ານສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ໃນບັນທຶກຂອງທ່ານ ແລະ ຮຽນຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນຖືກເປີດເຜີຍຕໍ່ຄົນອື່ນແນວໃດ.**

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ແຜນເກັບຮັກສາໄວ້ ແລະ ມີສິດຮັບສຳເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານ.

ທ່ານຍັງມີສິດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເພີ່ມເຕີມຫຼືແກ້ໄຂບົດບັນທຶກດ້ານການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດດັ່ງນີ້,

ພວກເຮົາຈະປະສານງານກັບແພດປິ່ນປົວຂອງທ່ານເພື່ອຕັດສິນວ່າສົມຄວນທຳການປ່ຽນແປງນັ້ນຫຼື ບໍ່.

ທ່ານມີສິດໃນການຮັບຮູ້ວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກເປີດເຜີຍ ກັບຄົນອື່ນ ບໍ່ວ່າຈະຍ້ອນຈຸດປະສົງໃດໆທີ່ບໍ່ເປັນປົກກະຕິ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື

ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍການບໍລິການສະມາຊິກ.

---

**ແຈ້ງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ**

ແຈ້ງການສະບັບນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດກ່ຽວກັບທ່ານອາດຖືກນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍ ແລະ ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້. ກະລຸນາກວດເບິ່ງຄືນຢ່າງລະອຽດ.

ວັນທີມີຜົນສັກສິດ: 4 ສິງຫາ 2023

ບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ຖືກບັງຄັບໂດຍກົດໝາຍ (i)

ໃຫ້ປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ **ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ (ເຊິ່ງລວມມີ**

**ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພິດຕິກຳ)**; (ii) ສິ່ງ ແຈ້ງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ສະບັບນີ້

ໂດຍອະທິບາຍໜ້າທີ່ທາງກົດໝາຍຂອງພວກເຮົາແລະຫຼັກການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນ ດ້ານການແພດ; ແລະ (iii) ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ

ຖ້າຂໍ້ມູນດ້ານການແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າລະຫັດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການລະເມີດ.

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ພວກເຮົາຮັກສາສິດໃນການປ່ຽນແປງແຈ້ງການສະບັບນີ້ ແລະ ສິດເຮັດໃຫ້ການປ່ຽນແປງມີຜົນກັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດທີ່ພວກເຮົາເກັບຮັກສາທັງໝົດ. ຖ້າພວກເຮົາທຳການປ່ຽນແປງເນື້ອໃນຂອງແຈ້ງການ, ພວກເຮົາຈະ (i) ໂພສແຈ້ງການສະບັບຫຼ້າສຸດໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ; (ii) ໂພສແຈ້ງການສະບັບຫຼ້າສຸດຕາມສະຖານທີ່ທີ່ແພດຂອງພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການ; ແລະ (iii) ເຮັດສຳເນົາຂອງແຈ້ງການສະບັບຫຼ້າສຸດຕາມການຂໍ. ພວກເຮົາຍັງຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ ແຈ້ງການສະບັບຫຼ້າສຸດໃຫ້ກັບ ສະມາຊິກໃນແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ ແລະ ສົ່ງວິທີຮັບແຈ້ງການສະບັບຫຼ້າສຸດ (ຫຼື ສຳເນົາຂອງແຈ້ງການ) ໃນການສົ່ງເອກະສານໃຫ້ສະມາຊິກໃນປີຕໍ່ໄປ. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນແຈ້ງການທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້ໃນຂະນະນີ້.

**ຂໍ້ມູນຕົດຕໍ່:** ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້, ຕ້ອງການໃຊ້ສິດຂອງທ່ານຫຼືອື່ນຄຳຮ້ອງຟ້ອງ, ກະລຸນາຕົດຕໍ່:

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

**ພາກທີ 1: ບໍລິສັດທີ່ແຈ້ງການມີຜົນນຳໃຊ້**

ແຈ້ງການມີຜົນນຳໃຊ້ກັບ ບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະບໍລິສັດໃນເຄືອທີ່ຢູ່ພາຍໄຕ້ກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ HIPAA ໃນຖານະ “ອົງກອນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.” ບໍລິສັດໃນເຄືອບາງບໍລິສັດ ເປັນບໍລິສັດ - “ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຂອງພວກເຮົາ” ທີ່ໃຫ້ຫຼືຈ່າຍສະຫວັດດີການ Medicare Advantage, Medicaid ຫຼື ສະຫວັດດີການການປິ່ນປົວສຸຂະພາບອື່ນໆ ເຊັ່ນ: ບໍລິສັດປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື HMO. ບໍລິສັດໃນເຄືອອື່ນໆ ແມ່ນແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາ (“ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ ຂອງພວກເຮົາ”) ເຊິ່ງໃຫ້ການປິ່ນປົວແກ່ຄົນເຈັບ ເຊັ່ນ: ຄລິນິກປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂັ້ນຕົ້ນ.

ແຈ້ງການສະບັບນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ອົງກອນທັງໝົດນີ້ໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ ແລະສິດຂອງທ່ານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນນັ້ນໆ. ສ່ວນຫຼາຍ, ການໃຊ້ແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາແລະການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ຄ້າ ຍຄືກັນກັບແພດປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາແລະສິດຂອງທ່ານທີ່ມີຕໍ່ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານແມ່ນ

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ຄ້າຍຄືກັນ. ແຕ່ວ່າ ເມື່ອມີຄວາມແຕກຕ່າງ ແຈ້ງການສະບັບນີ້ຈະອະທິບາຍຄວາມແຕກຕ່າງເຫຼົ່ານັ້ນ ດ້ວຍການອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາປະຕິບັດຕໍ່ ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດກ່ຽວກັບ **ສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບທີ່ແຕກຕ່າງຈາກ** ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບກ່ຽວກັບຄົນເຈັບຂອງແພດຜູ້ປິ່ນປົວ.

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບແລະແພດຜູ້ປິ່ນປົວເຊິ່ງແຈ້ງການນີ້ມີຜົນນໍາໃຊ້ລວມມີ:

**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
- CCA PO, Inc
- instED™
- Marie's Place

**ພາກທີ 2: ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາເກັບກຳ:**

ບຸກຄົນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຢ່າງຖືກຕ້ອງແລະຄົບຖ້ວນ ສຳລັບ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະ ບໍລິສັດໃນເຄືອ ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ.

Commonwealth Care Alliance (CCA)

ມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະປົກປັກຮັກສາຄວາມລັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງບຸກຄົນ

ເຊິ່ງຖືກເກັບກຳຫຼືສ້າງຂຶ້ນເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການປະຕິບັດການແລະການໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.

ເມື່ອທ່ານມີສ່ວນກັບກ່ຽວພັນກັບພວກເຮົາໂດຍຜ່ານການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ,

ພວກເຮົາອາດເກັບກຳ ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ ແລະຂໍ້ມູນອື່ນໆຈາກທ່ານ ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້.

ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດອາດລວມເອົາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ, ແຕ່ກໍ່ຖືວ່າເປັນຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ

ເມື່ອທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນຜ່ານຫຼືກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການ.

- ພວກເຮົາເກັບກຳຂໍ້ມູນ ເຊັ່ນ: ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌, ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ, ດ້ານການເງິນຫຼືດ້ານປະຊາກອນຈາກທ່ານເມື່ອທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວກັບພວກເຮົາດ້ວຍຄວາມສະມັກໃຈ ເຊັ່ນ (ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່) ເມື່ອທ່ານຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຂໍ, ປະກອບຟອມອອນລາຍ, ຕອບການລົງສຳຫຼວດຂອງພວກເຮົາ, ຕອບອຸປະກອນໂຄສະນາຫຼືໂປຣໂມຊັ້ນ, ລົງທະບຽນເພື່ອເຂົ້າຫາການບໍລິການຂອງພວກເຮົາຫຼືເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການບາງຢ່າງ.
- ເມື່ອໃດທີ່ CCA ເກັບກຳ ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ, ພວກເຮົາຈະເຮັດໃຫ້ແຈ້ງການສະບັບນີ້ເຂົ້າເຖິງໄດ້. ດ້ວຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດແກ່ພວກເຮົາ, ທ່ານໄດ້ໃຫ້ການຍິນຍອມອະນຸມັດການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານັ້ນໂດຍໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບແຈ້ງການສະບັບນີ້. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບ CCA, ທ່ານຮັບຮູ້ແລະຕົກລົງເຫັນດີວ່າ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຖືກສົ່ງຕໍ່ຈາກຈຸດທີ່ທ່ານຢູ່ໄປຫາອາຄານແລະຜູ້ຮັບອັນຂອງ CCA ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສາມທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຜູ້ທີ່ CCA ຮ່ວມທຸລະກິດ.

**ພາກທີ 3: ວິທີທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ**

ພາກນີ້ຂອງແຈ້ງການຂອງພວກເຮົາອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາອາດນຳໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈະໃຫ້ ການປຶ້ນປົວ, ຈ່າຍສຳລັບການປຶ້ນປົວ,

ຮັບການຈ່າຍສຳລັບການປຶ້ນປົວແລະດຳເນີນທຸລະກິດຢ່າງມີປະສິດທິພາບ.

ພາກນີ້ຍັງອະທິບາຍຄວາມຈຳເປັນອື່ນໆ

ເຊິ່ງພວກເຮົາອາດຕ້ອງນຳໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ.



**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ຮູບແບບການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາບັງຄັບໃຫ້ແຜນສຸຂະພາບແລະໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາທ່າງ ານຮ່ວມກັນກັບຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວອື່ນໆ ເພື່ອຈະໃຫ້ການບໍລິການດ້ານການແພດແກ່ທ່ານ.

ພະນັກງານມີອາຊີບ, ແພດໝໍແລະຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວອື່ນໆຂອງພວກເຮົາ (ເອີ້ນວ່າ “ໜ່ວຍງານປິ່ນປົວ”)

ສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານແລະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ກັນແລະກັນ ເທົ່າທີ່ຈຳເປັນເພື່ອປະຕິບັດການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍ ແລະ ການດຳເນີນດູແລສຸຂະພາບຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາດ.

**ການປິ່ນປົວ:**

ແພດຜູ້ປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາອາດໃຊ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບແລະພວກເຮົາອາດເປີດເຜີຍ ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບເພື່ອໃຫ້,

ປະສານງານຫຼືບໍລິຫານການປິ່ນປົວແລະການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງທ່ານ.

ນີ້ອາດລວມເອົາການສື່ສານກັບຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວອື່ນໆກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະການປະສາ ນງານແລະການບໍລິຫານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານກັບຝ່າຍອື່ນໆ.

ຕົວຢ່າງ: ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ.

ພະຍາບານຂອງພວກເຮົາອາດເປີກເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ

ກັບອົງການດູແລສຸຂະພາບທີ່ບ້ານ

ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການພາຍຫຼັງອອກໂຮງໝໍ.

**ການຈ່າຍ:**

ພວກເຮົາອາດໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈ່າຍການບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄ ດ້ຮັບ ແລະ ເພື່ອຮັບການຈ່າຍຈາກຄົນອື່ນສຳລັບການບໍລິການ.

ຕົວຢ່າງ: ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານອາດສົ່ງຄ່າຮ້ອງຮຽກເງິນຄືນ ເຖິງແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ

ສຳລັບບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈັດໃຫ້ທ່ານ. ແຜນສຸຂະພາບອາດໃຊ້ຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອຈ່າຍ

ການຮຽກເງິນຄືນຈາກຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ ແລະ ອາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດໃຫ້ກັບ

Medicare ຫຼື Medicaid ເມື່ອ ແຜນສຸຂະພາບຕ້ອງການຈ່າຍເພື່ອການບໍລິການ.

**ການດຳເນີນການປິ່ນປົວ:**

ພວກເຮົາອາດໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອດຳເນີນກົດຈະກຳທາງທຸລະກິດທີ່ ຫຼາກຫຼາຍ ເຊິ່ງຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາບໍລິຫານສະຫວັດດີການທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ພາຍໃຕ້

ແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ຈັດໃຫ້ໂດຍ ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາ.

ຕົວຢ່າງ: ພວກເຮົາອາດໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອ:

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

- ທົບທວນຄືນແລະຕົວາຄາຄວາມສາມາດ, ຄຸນນະວຸດ ແລະການປະຕິບັດໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ.
- ປະສານງານກັບອົງການອື່ນທີ່ປະເມີນຄຸນນະພາບຂອງການປິ່ນປົວຂອງຄົນອື່ນ.
- ກຳນົດວ່າ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ ພາຍໄຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່; ແຕ່ກົດໝາຍຫ້າມບໍ່ໃຫ້ພວກເຮົາໃຊ້ ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກຳຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະລິງໃນການຮັບປະກັນໄພ.

**ກິດຈະກຳຮ່ວມ:** ບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະບໍລິສັດໃນເຄືອ ມີການຈັດກຽມການທ່າງານຮ່ວມກັນເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບແລະຫຼຸດຕົ້ນທຶນ. ພວກເຮົາອາດຈະມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຈັດການທີ່ຄ້າຍຄືກັນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ແລະແຜນສຸຂະພາບ. ພວກເຮົາອາດຈະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມອື່ນໆໃນການຈັດການເຫຼົ່ານີ້ສຳລັບການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ, ແລະການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກິດຈະກຳຮ່ວມ ຂອງ “ການຈັດການສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຈັດຕັ້ງຂຶ້ນ.”

**ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ:**

ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຍາດພີ່ນ້ອງ, ໝູ່ສະໜິດສ່ວນຕົວ ຫຼືຄົນອື່ນໆທີ່ທ່ານລະບຸວ່າມີສ່ວນຮ່ວມໃນການດູແລຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຄົນເຫຼົ່ານີ້ຖ້າທ່ານບໍ່ຮ້ອນທີ່ຈະຕົກລົງເຫັນດີແລະພວກເຮົາກຳນົດວ່າມັນເປັນຜົນປະໂຫຍດທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ. ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງເຈົ້າໃຫ້ກັບຍາດພີ່ນ້ອງ, ບຸກຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງເຈົ້າ ຫຼືອົງການບັນເທົາທຸກໄພພິບັດ (ເຊັ່ນ: ອົງການກາແດງ), ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ຄົນອື່ນຮູ້ກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ ຫຼືສະພາບຂອງເຈົ້າ.

**ກົດໝາຍບັງຄັບ:** ພວກເຮົາຈະໃຊ້

ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງເຈົ້າທຸກຄັ້ງທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໃຫ້ເຮັດ. ຕົວຢ່າງ:

- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃນການຕອບສະຫນອງຕໍ່ກັບຄຳສັ່ງຂອງສານຫຼືໃນ ການຕອບສະຫນອງຕໍ່ກັບຄຳສັ່ງ.

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

- ພວກເຮົາຈະໃຊ້ ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດເພື່ອຊ່ວຍໃນການເອີ້ນຄືນຜະລິດຕະພັນ ຫຼືລາຍງານອາການທາງລົບຕໍ່ຢາ.
- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃຫ້ອົງການກວດກາສຸຂະພາບ, ເຊິ່ງເປັນອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການຄຸ້ມຄອງແຜນສຸຂະພາບ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ລະບົບການດູແລສຸຂະພາບໂດຍທົ່ວໄປ, ຫຼືບາງໂຄງການຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medicare ແລະ Medicaid).
- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງບຸກຄົນຕໍ່ບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດເປັນຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນບຸກຄົນຂອງບຸກຄົນ. “ຕົວແທນສ່ວນຕົວ” ມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍໃນນາມຂອງບຸກຄົນ, ເຊັ່ນ: ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງເດັກ, ບຸກຄົນທີ່ມີອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ສາມແຕ່ງຕັ້ງໂດຍບຸກຄົນພິການ.

**ໄພຂົ່ມຂູ່ຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫຼືຄວາມບອດໄພ:** ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ ຖ້າພວກເຮົາເຊື່ອວ່າມັນເປັນສິ່ງຈຳເປັນເພື່ອປ້ອງກັນ ຫຼືຫຼຸດຜ່ອນໄພຂົ່ມຂູ່ທີ່ຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫຼືຄວາມບອດໄພ.

**ກົດຈະກຳສາທາລະນະສຸກ:** ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບກົດຈະກຳສຸຂະພາບສາທາລະນະ, ເຊັ່ນ: ການສືບສວນພະຍາດ, ລາຍງານການລ່ວງລະເມີດເດັກນ້ອຍຫຼືພາຍໃນປະເທດແລະການລະເລີຍ, ແລະການຕິດຕາມຢາຫຼືອຸປະກອນທີ່ຄວບຄຸມໂດຍອົງການອາຫານແລະຢາ.

**ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ:** ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈຸດປະສົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍທີ່ຈຳກັດສະເພາະ, ເຊັ່ນ: ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດກ່ຽວກັບຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ ຫຼື ເພື່ອຕອບສະໜອງຕໍ່ສານຕັດສິນຂອງຄະນະລູກຊຸນໃຫຍ່. ພວກເຮົາຍັງອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດກ່ຽວກັບນັກໂທດກັບສະຖາບັນການແກ້ໄຂ.

**ເຈົ້າໜ້າທີ່ຊັ້ນນະສຸດສົບແລະອື່ນໆ:** ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃຫ້ຜູ້ກວດພະຍາດ, ແພດກວດພະຍາດ, ຫຼືຜູ້ອຳນວຍການສືບຫຼືອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຊ່ວຍໃນການຜ່າຕັດອະໄວຍະວະ, ຕາ, ແລະເນື້ອເຍື່ອ.

**ຄຳຊົດເຊີຍແຮງງານ:** ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕາມການອະນຸຍາດ ແລະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ.

**ອົງກອນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ:**

ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບການຄົ້ນຄວ້າທີ່ຕອບສະຫນອງເງື່ອນໄຂສະເພາະໃດຫນຶ່ງກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນທາງການແພດ.

**ຫນ້າທີ່ຂອງລັດຖະບານທີ່ແນ່ນອນ:** ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້

ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບຫນ້າທີ່ຂອງລັດຖະບານບາງຢ່າງ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດກິດຈະກຳຂອງທະຫານ ແລະນັກຮົບເກົ່າ ແລະກິດຈະກຳຄວາມປອດໄພແຫ່ງຊາດ ແລະຂ່າວລັບ.

**ຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດ:** ພວກເຮົາສັນຍາກັບຜູ້ຂາຍເພື່ອປະຕິບັດຫນ້າທີ່ໃນນາມຂອງພວກເຮົາ.

ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ “ຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດ” ເຫຼົ່ານີ້ເກັບກຳ, ການນຳໃຊ້, ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃນນາມຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະຕິບັດຫນ້າທີ່ເຫຼົ່ານີ້. ພວກເຮົາສັນຍາຜູກມັດກັບຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດຂອງພວກເຮົາ (ແລະພວກເຂົາຖືກກຳນົດໂດຍກົດຫມາຍ) ເພື່ອສະຫນອງການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວດຽວກັນທີ່ພວກເຮົາສະຫນອງໃຫ້.

**ການສື່ສານການລະດົມທຶນ:**

ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດສຳລັບການລະດົມທຶນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍການລະດົມທຶນຈາກພວກເຮົາ (ຫຼືໃນນາມຂອງພວກເຮົາ) ທ່ານອາດຈະເລືອກອອກຈາກກິດຈະກຳການລະດົມທຶນໃນອະນາຄົດ.

**ພາກທີ 4:**

**ການນຳໃຊ້ແລະການເປີດເຜີຍອື່ນໆຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການອະນຸຍາດກ່ອນຂອງທ່ານ**

ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ໃຊ້ ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນ (“ການອະນຸຍາດ”).

ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມການອະນຸຍາດສຳລັບການນຳໃຊ້ແລະການເປີດເຜີຍຂອງພວກເຮົາຫຼືທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານກັບບຸກຄົນອື່ນແລະພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມການອະນຸຍາດ.

ຖ້າຫາກທ່ານລົງນາມໃນການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຫຼັງຈາກນັ້ນທ່ານອາດຈະຖອນຄືນ (ຫຼືຍົກເລີກ) ການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຖອນການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ສິ່ງນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້).

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ຖ້າທ່ານຖອນການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ,

ພວກເຮົາຈະຢຸດເຊົາການນຳໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໂດຍອີງໃສ່ການອະນຸຍາດຍົກເວັ້ນໃນຂອບເຂດທີ່ພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ການອະນຸຍາດ.

ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນການນຳໃຊ້ຫຼືການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການການອະນຸຍາດລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ:

- **ການນຳໃຊ້ຫຼືການເປີດເຜີຍສຳລັບຈຸດປະສົງ “ການຕະຫຼາດ”:**  
ພວກເຮົາພຽງແຕ່ອາດຈະໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງ “ການຕະຫຼາດ” ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ພວກເຮົາອາດຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜະລິດຕະພັນແລະການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບບາງຢ່າງໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ, ຕາບໃດທີ່ບໍ່ມີໃຜຈ່າຍເງິນໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອສົ່ງຂໍ້ມູນ.
- **ການຂາຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ:** Commonwealth Care Alliance, Inc. ຈະບໍ່ຂາຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາເຮັດ, ພວກເຮົາຕ້ອງການການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ.
- **ການນຳໃຊ້ແລະການເປີດເຜີຍບັນທຶກການປິ່ນປົວດ້ວຍທາງຈິດ:**  
ຍົກເວັ້ນສຳລັບກິດຈະກຳການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ, ແລະການດູແລສຸຂະພາບບາງຢ່າງຫຼືຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໄວ້, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ຫຼືເປີດເຜີຍບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນຖ້າພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ.

**ພາກທີ 5: ທ່ານມີສິດກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ**

ທ່ານມີສິດທີ່ແນ່ນອນກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ເພື່ອໃຊ້ສິດເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້.

**ສິດທິໃນການສຳເນົາຂອງແຈ້ງການນີ້:**

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາເອກະສານຂອງແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຮົາໄດ້ທຸກເວລາ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຕົກລົງທີ່ຈະຮັບແຈ້ງການທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

**ສິດທິໃນການເຂົ້າເຖິງການກວດສອບ ແລະສຳເນົາ:** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະກວດສອບ (ເບິ່ງຫຼືທົບທວນຄືນ)

ແລະໄດ້ຮັບສຳເນົາຫຼືບິດສະຫຼຸບຂອງຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາຮັກສາໄວ້ໃນ

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

“ບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້.” ຖ້າພວກເຮົາຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໃນຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາເອເລັກໂຕຣນິກຂອງບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້.

ທ່ານອາດຈະສັ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາສົ່ງສຳເນົາອີເລັກໂທຣນິກຂອງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຮັກສາກ່ຽວກັບທ່ານຢູ່ໃນບັນທຶກທາງການແພດເອເລັກໂຕຣນິກໄປຫາພາກສ່ວນທີສາມ.

ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຄຳຮ້ອງຂໍການເຂົ້າເຖິງນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກເກັບຄ່າທຳນຽມທີ່ເໝາະສົມກັບເຈົ້າເພື່ອກວມເອົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງສຳເນົາຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງເຈົ້າ. ອີງຕາມກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ HIPAA

ແລະໃນສະຖານະການທີ່ຈຳກັດຫຼາຍ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍນີ້.

ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການປະຕິເສດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານບໍ່ເກີນ 30

ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກຄຳຮ້ອງຂໍ (ຫຼືບໍ່ເກີນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ

ຖ້າພວກເຮົາແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບການຂະຫຍາຍເວລາ).

**ສິດທິໃນການຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນທາງການແພດໄດ້ຮັບການບັບບຸງ:**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າຂໍ້ມູນທາງການແພດທີ່ພວກເຮົາມີນັ້ນບໍ່ຖືກຕ້ອງຫຼືບໍ່ຄົບຖ້ວນ,

ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາແກ້ໄຂ, ແກ້ໄຂ, ຫຼືເພີ່ມຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ.

ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນແລະປະກອບມີຄຳອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງຂໍ້ມູນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີການປ່ຽນແປງ. ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງ, ພວກເຮົາຈະປ່ຽນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.

ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳອະທິບາຍພ້ອມກັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃນອະນາຄົດ.

**ສິດໃນການບັນຊີຂອງການເປີດເຜີຍ:**

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບບັນຊີລາຍຊື່ຂອງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ພວກເຮົາສ້າງຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ (“ການເປີດເຜີຍບັນຊີ”).

ບັນຊີລາຍຊື່ດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ລວມເອົາການເປີດເຜີຍສຳລັບການປຶ້ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ,

ແລະການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບ, ການເປີດເຜີຍຫຼາຍກວ່າຫົກປີກ່ອນ,

ຫຼືການເປີດເຜີຍບາງຢ່າງອື່ນໆ.

ພວກເຮົາຈະສະໜອງການບັນຊີຫນຶ່ງໃນແຕ່ລະປີໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແຕ່ອາດຈະຄິດຄ່າທຳນຽມທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ອີງຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີບັນຊີອື່ນພາຍໃນ 12 ເດືອນ.

ທ່ານຕ້ອງອື່ນຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບການເປີດເຜີຍບັນຊີເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

**ສິດທິໃນການຮ້ອງຂໍຂໍ້ຈຳກັດໃນການນຳໃຊ້ແລະການເປີດເຜີຍ:**

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈຳກັດວິທີທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ແລະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງ

ທ່ານ (i) ສຳລັບການປຶ້ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ, ແລະການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບຫຼື (ii)

ໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ. ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້,

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

ພວກເຮົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີກັບຂໍ້ຈຳກັດທີ່ຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະປະຕິບັດຕາມຂໍ້ຈຳກັດຂອງທ່ານ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອຈຳກັດການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຖ້າ (i)

ການເປີດເຜີຍແມ່ນສຳລັບການຈ່າຍເງິນຫຼືການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບ (ແລະບໍ່ຈຳເປັນໂດຍກົດຫມາຍ) ແລະ (ii)

ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍການການດູແລສຸຂະພາບຫຼືການບໍລິການສຳລັບທ່ານ. , ຫຼືບຸກຄົນອື່ນໃນນາມຂອງເຈົ້າ (ນອກເໜືອໄປຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ) ໄດ້ຈ່າຍເງິນຕັ້ງແຕ່ມຳນວນ.

**ສິດທິໃນການຮ້ອງຂໍວິທີການຕິດຕໍ່ທາງເລືອກ:** ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ທ່ານຢູ່ສະຖານທີ່ທີ່ແຕກຕ່າງກັນຫຼືນຳໃຊ້ວິທີການທີ່ແຕກຕ່າງກັນ. ຕົວຢ່າງ:

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍລັກອັກສອນທັງຫມົດຖືກສົ່ງໄປຫາທີ່ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກຂອງທ່ານແທນທີ່ຈະເປັນທີ່ຢູ່ເຮືອນຫຼືອີເມລ໌ໄປຫາທ່ານ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາຈະຕົກລົງເຫັນດີກັບການຮ້ອງຂໍທີ່ສົມເຫດສົມຜົນສຳລັບວິທີການຕິດຕໍ່ທາງເລືອກ.

**ພາກທີ 6:**

**ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຮົາ**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຖືກລະເມີດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບ Commonwealth Care Alliance, Inc. ຫຼືກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ.

**Commonwealth Care Alliance, Inc. ຈະບໍ່ດຳເນີນການໃດໆຕໍ່ກັບທ່ານ ຫຼືບ່ຽນແບງວິທີທີ່ພວກເຮົາປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານໃນທາງໃດກໍ່ຕາມຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ.**

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບຫຼືຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກ Commonwealth Care Alliance, Inc., ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້.

---

**ພາກທີ 1.5 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນການ, ເຄືອຂ່າຍຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຕົນ, ແລະການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ**

ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Health Rhode Island (CCA Health) Medicare Maximum, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຫຼາຍປະເພດຈາກພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນປະເພດຕໍ່ໄປນີ້, ກະລຸນາໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ:

- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນການຂອງພວກເຮົາ.** ຕົວຢ່າງ:  
ນີ້ປະກອບມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາບການເງິນຂອງແຜນ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄຸນສົມບັດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແລະຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາແລະວິທີທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານແລະກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດໃນເວລາທີ່ການນໍາໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.** ບົດທີ 3 ແລະ 4 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງການແພດ. ບົດທີ 5 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງພາກ D.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງບາງສິ່ງບາງຢ່າງບໍ່ໄດ້ກວມເອົາແລະສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດຮັດໄດ້ກ່ຽວກັບມັນ.** ບົດທີ 8 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຄໍາອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງການບໍລິການທາງການແພດຫຼືຢາພາກ D ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຖືກຈໍາກັດ. ບົດທີ 8 ຍັງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງການຕັດສິນໃຈ, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າການອຸທອນ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການຄຸ້ມຄອງຄຸນນະພາບຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບໂຄງການການຄຸ້ມຄອງຄຸນນະພາບທີ່ CCA Health ໄດ້ສ້າງຂຶ້ນເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄໍາຫມັ້ນສັນຍາຂອງພວກເຮົາໃນການຄຸ້ມຄອງຄຸນນະພາບຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Health Medicare Maximum.



**ພາກທີ 1.6 ພວກເຮົາຕ້ອງສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມ ກັບຜູ້ປະຕິບັດການແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບ ການດູແລຂອງທ່ານ**

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮູ້ທາງເລືອກການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນຈາກທ່ານໝໍ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງອະທິບາຍສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານແລະການເລືອກການປິ່ນປົວຂອງທ່ານໃນວິທີທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້.

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມຢ່າງເຕັມສ່ວນໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕັດສິນໃຈກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວທີ່ດີທີ່ສຸດສໍາລັບທ່ານ, ສິດທິຂອງທ່ານປະກອບມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບການເລືອກຂອງທ່ານທັງຫມົດ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະມີການສົນທະນາກ່ຽວກັບທາງເລືອກການປິ່ນປົວທີ່ເໝາະສົມຫຼືມີຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດທີ່ແນະນໍາສໍາລັບສະພາບຂອງທ່ານ, ບໍ່ວ່າພວກເຂົາມີຄໍາໃຊ້ຈ່າຍຫຼືວ່າພວກເຂົາຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ມັນຍັງລວມເຖິງການບອກກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະໃຊ້ຢາຢ່າງປອດໄພ.
- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງ.** ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການບອກເລົ່າກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການບອກວ່າຫນ້າຖ້າຫາກວ່າການປິ່ນປົວທາງການແພດຫຼືການປິ່ນປົວທີ່ສະເໜີແມ່ນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການທົດລອງຄົ້ນຄວ້າ. ທ່ານມີທາງເລືອກສະເໜີທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວແບບທົດລອງໃດໆ.
- **ສິດທີ່ຈະເວົ້າວ່າ “ບໍ່.”** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວທີ່ແນະນໍາ. ນີ້ລວມທັງສິດທີ່ຈະອອກຈາກໂຮງໝໍຫຼືສະຖານທີ່ທາງການແພດອື່ນໆ, ເຖິງແມ່ນວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແນະນໍາ ບໍ່ໃຫ້ອອກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະຢຸດເຊົາການກິນຢາຂອງທ່ານ. ແນ່ນອນ, ຖ້າທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວຫຼືຢຸດເຊົາການກິນຢາ, ທ່ານຍອມຮັບຄວາມຮັບຜິດຊອບຢ່າງເຕັມທີ່ສໍາລັບສິ່ງທີ່ເກີດຂຶ້ນກັບຮ່າງກາຍຂອງທ່ານ.

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

- **ເພື່ອໃຫ້ໄ້ຈາກການຍັບຍັ້ງແບບໃດກໍຕາມ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນອິດສະຫຼະຈາກການອີດກັ້ນຫຼືຄວາມຢູ່ໂດດດ່ຽວທີ່ໃຊ້ເປັນວິທີການບີບບັງຄັບ, ລະບຽບວິໄນ, ຄວາມສະດວກ, ຫຼືການແກ້ແຄ້ນ.
- **ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຄໍາອະທິບາຍຖ້າທ່ານຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງການດູແລ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຄໍາອະທິບາຍຈາກພວກເຮົາຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ປະຕິເສດການດູແລທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຄວນໄດ້ຮັບ. ເພື່ອຮັບຄໍາອະທິບາຍນີ້, ທ່ານຈະຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ. ບົດທີ 9 ຂອງປຶ້ມເຫຼັ້ມນີ້ບອກວິທີຖາມແຜນເພື່ອການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ.

**ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈທາງການແພດສໍາລັບຕົວທ່ານເອງ.**

ບາງຄັ້ງຄົນບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບຕົນເອງຍ້ອນອຸປະຕິເຫດຫຼືພະຍາດຮ້າຍແຮງ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເວົ້າສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານະການນີ້.

ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ, ທ່ານສາມາດ:

- ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມຄໍາແນະນໍາລ່ວງໜ້າທີ່ທ່ານໃຫ້ສິດອໍານາດທາງກົດໝາຍແກ່ໃຜຜູ້ໜຶ່ງໃນການຕັດສິນໃຈດ້ານການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບທ່ານ  
ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕັດສິນວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດຫຼືສື່ສານການຕັດສິນໃຈດ້ານສຸຂະພາບດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ.
- **ໃຫ້ຄໍາແນະນໍາຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວິທີທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຂົາຈັດການກັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົນເອງ.**

ເອກະສານທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ທິດທາງຂອງທ່ານລ່ວງໜ້າໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າຄໍາແນະນໍາລ່ວງໜ້າ.

ມີປະເພດທີ່ແຕກຕ່າງກັນຂອງຄໍາແນະນໍາລ່ວງໜ້າແລະຊື່ທີ່ແຕກຕ່າງກັນສໍາລັບພວກເຂົາ.

ເອກະສານທີ່ເອີ້ນວ່າການດໍາລົງຊີວິດ, ແລະອໍານາດຂອງທະນາຍຄວາມສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບ ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງ ພິມິນກໍາຊີວິດ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ຄໍາແນະນໍາລ່ວງໜ້າເພື່ອໃຫ້ຄໍາແນະນໍາຂອງທ່ານ, ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ:

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

- **ເອົາແບບຟອມ.**  
ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຂໍແບບຟອມທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ New England Healthy Living Collective.  
ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດດາວໂຫລດສໍາເນົາແບບຟອມໄດ້ຈາກເວັບໄຊທ໌ Honoring Choices (<https://www.honoringchoicesmass.com/new-england-healthy-living-collective/>).
- **ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລະລົງລາຍເຊັນ.** ບໍ່ວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບແບບຟອມນີ້ຢູ່ໃສ, ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າມັນເປັນເອກະສານທາງກົດໝາຍ.
- **ໃຫ້ສໍາເນົາໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ເຫມາະສົມ.** ສໍາເນົາຄໍາແນະນໍາລ່ວງໜ້າຂອງເຈົ້າແມ່ນຖືກຕ້ອງຄືກັບຕົ້ນສະບັບ.  
ທ່ານຄວນເອົາສໍາເນົາແບບຟອມໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະໃຫ້ຕົວແທນການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.  
ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການໃຫ້ສໍາເນົາໃຫ້ໝູ່ສະໜິດ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.  
ເກັບຮັກສາສໍາເນົາຢູ່ເຮືອນ.

ຖ້າທ່ານຮູ້ລ່ວງໜ້າວ່າທ່ານຈະເຂົ້າໂຮງໝໍ, ແລະທ່ານໄດ້ເຊັນຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າແລ້ວ, ກະລຸນາເອົາສະບັບສໍາເນົາໄປໂຮງໝໍ.

- ໂຮງໝໍຈະຖາມທ່ານວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນ ພິໃນກໍາຊີວິດ ຫຼືບໍ່ ແລະ ທ່ານມີພິໃນກໍາໄວ້ກັບທ່ານຫຼືບໍ່.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເຊັນແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ, ໂຮງໝໍມີແບບຟອມທີ່ມີຢູ່ແລະຈະຖາມວ່າທ່ານຕ້ອງການເຊັນຊື່ຫນຶ່ງ.

**ໂບດຊາບ:** ມັນແມ່ນການເລືອກຂອງທ່ານວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະຕົ້ມຂໍ້ມູນ ພິໃນກໍາຊີວິດ (ລວມທັງວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະເຊັນຊື່ຫນຶ່ງຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢູ່ໃນໂຮງໝໍ). ອີງຕາມກົດໝາຍ, ບໍ່ມີໃຜສາມາດປະຕິເສດວ່າທ່ານເອົາໃຈໃສ່ຫຼືຈໍາແນກຕໍ່ທ່ານໂດຍອີງໃສ່ວ່າທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າຫຼືບໍ່.

**ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຄໍາແນະນໍາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມ?**

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າແລະຄວາມປາດຖະໜາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຮຽນກັບໜ່ວຍງານຮ້ອງຮຽນດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Rhode Island ໂດຍການໂທຫາ 401-222-5200. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ພະແນກການຮ້ອງທຸກດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Rhode Island ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກຕໍ່ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ.

**ພາກທີ 1.7 ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຮຽນຫຼືຮ້ອງຟ້ອງກ່ຽວກັບອົງການຈັດຕັ້ງຫຼືການ ດູແລທີ່ມັນສະຫນອງໃຫ້**

- ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ, ຄວາມກັງວົນ, ຫຼືຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະຕ້ອງການຂໍການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼືຍື່ນອຸທອນ, ບົດທີ 8 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງເຈົ້າບອກສິ່ງທີ່ເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້. ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເຮັດຫຍັງ - ຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ຍື່ນອຸທອນ, ຫຼືຮ້ອງທຸກ - **ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຢ່າງຍຸຕິທໍາ.**
- ການຕັດສິນໃຈໃນການຄຸ້ມຄອງແມ່ນອີງໃສ່ຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດ ແລະຜົນປະໂຫຍດທີ່ມີໃຫ້ທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກສູງສຸດຂອງ CCA Health Medicare Maximum. CCA Health ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ລາງວັນ ຫຼືກະຕຸ້ນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ພະນັກງານຂອງ CCA Health ຫຼືຜູ້ອື່ນສໍາລັບການປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນພາຍໃນໄດ້. CCA Health ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ລາງວັນ ຫຼືກະຕຸ້ນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ພະນັກງານສຸຂະພາບຂອງ CCA ຫຼືຜູ້ອື່ນສໍາລັບການປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນພາຍໃນໄດ້ໂດຍກົງກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ. ບົດທີ 8 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານບອກເຖິງສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດເພື່ອຍື່ນອຸທອນໂດຍກົງກັບແຜນ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນອຸທອນພາຍໃນໂດຍຜ່ານການບໍລິຫານປະກັນສັງຄົມຫຼືຄະນະກໍາມະການບໍານານທາງລົດໄຟ, ເຊິ່ງຈະສົ່ງການອຸທອນກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ. ສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຕິດຕໍ່ບໍລິຫານປະກັນສັງຄົມແລະຄະນະກໍາມະການບໍານານທາງລົດໄຟ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 2 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

**ພາກທີ 1.8 ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບສິດທິຂອງສະມາຊິກແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບນະໂຍບາຍຂອງພວກເຮົາ**

ຖ້າທ່ານມີຄໍາແນະນໍາໃດໆກ່ຽວກັບສິດທິຂອງສະມາຊິກແລະນະໂຍບາຍຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດແບ່ງປັນຄໍາແນະນໍາຂອງທ່ານໂດຍການໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ.

**ສາກທີ 1.9 ເຈົ້າຈະເຮັດຫຍັງໄດ້ຖ້າເຈົ້າເຊື່ອວ່າເຈົ້າຖືກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທໍາ ຫຼື ສິດຂອງເຈົ້າບໍ່ຖືກເຄົາລົບ?**

**ຖ້າມັນກ່ຽວກັບການຈໍາແນກ, ໂທຫາຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທໍາ ຫຼືສິດທິຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບເນື່ອງຈາກເຊື່ອຊາດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ເພດ, ສຸຂະພາບ, ຊົນເຜົ່າ, ລັດທິ (ຄວາມເຊື່ອ), ອາຍຸ, ທັດສະນະທາງເພດ ຫຼືສັນຊາດເດີມ, ເຈົ້າຄວນໂທຫາພະແນກກບໍລິການປະຊາຊົນ ແລະສາທາລະນະສຸກ.

**ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ** ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697 ຫຼືໂທຫາຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

**ມັນກ່ຽວກັບສິ່ງອື່ນອີກບໍ?**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທໍາ ຫຼືສິດທິຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບ, ແລະ ມັນບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ທ່ານກໍາລັງມີ:

- ທ່ານສາມາດໂທຫາໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ.
- ທ່ານສາມາດໂທຫາ **SHIP** ໄດ້. ສໍາລັບລາຍລະອຽດ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 2 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.
- ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ **Medicare** ທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

ຖ້າທ່ານມີ Medicare ແລະ Medicaid, ບາງການບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍໂຄງການກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ (Medicaid). ດັ່ງນັ້ນ, ຖ້າເຈົ້າເຊື່ອວ່າພວກເຮົາປະຕິເສດການບໍລິການ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບເຈົ້າຢ່າງຜິດໆ, ເຈົ້າອາດມີສິດຂໍໃຫ້ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ (Medicaid) ຂອງລັດຂອງເຈົ້າຈ່າຍຄ່າບໍລິການ.

ທ່ານຈະພົບເຫັນຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ສໍາລັບກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ (Medicaid) ຂອງທ່ານໃນບົດທີ 2 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

- ທ່ານສາມາດໂທຫາໂຄງການ State Ombudsman Program. ທ່ານຈະພົບເຫັນຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ສໍາລັບໂຄງການ Ombudsman ຂອງລັດຂອງທ່ານໃນບົດທີ 2 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

**ພາກທີ 1.10**      **ທ່ານຈະເຮັດຫຍັງໄດ້ຖ້າເຈົ້າຢາກຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການລິເລີ່ມການບັບປຸງຄຸນນະພາບສຸຂະພາບ CCA?**

ການບັບປຸງອັນສໍາຄັນ ແລະ ຫຼືຄືຄືໃນສຸຂະພາບ ແລະ ສະຫວັດດີການຂອງສະມາຊິກແມ່ນເປົ້າໝາຍຫຼັກຂອງໂຄງການຄຸ້ມຄອງຄຸນນະພາບຂອງ CCA Health. ບາງວິທີທີ່ CCA Health ເຮັດຄື:

- ສືບຕໍ່ບັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການປິ່ນປົວທາງດ້ານຄລິນິກ ແລະການບໍລິການທີ່ສະມາຊິກ CCA Health ໄດ້ຮັບ.
- ການເພີ່ມປະສິດທິພາບຄວາມພໍໃຈຂອງສະມາຊິກຕໍ່ກັບການດູແລທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ CCA Health.
- ການບັບປຸງສຸຂະພາບຂອງຊຸມຊົນທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂດຍ CCA Health.
- ກະລຸນາເຂົ້າໄປເບິ່ງພາກສ່ວນສິດທິຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກຂອງເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ [ccahealthri.org](http://ccahealthri.org) ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການບັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງ CCA Health.

**ພາກທີ 1.11**      **ວິທີການຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ**

ມີຫຼາຍບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ:

- ທ່ານສາມາດໂທຫາໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ.
- ທ່ານສາມາດໂທຫາ **SHIP** ໄດ້. ສໍາລັບລາຍລະອຽດ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 2 ຂອງຫຼັກການການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.
- ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ **Medicare**.
  - ທ່ານສາມາດເຂົ້າໄປທີ່ເວັບໄຊທ໌ Medicare ເພື່ອອ່ານ ຫຼືດາວໂຫຼດສິ່ງພິມ “ສິດທິ ແລະການປົກປ້ອງ Medicare.” (ການພິມເຜີຍແຜ່ແມ່ນມີຢູ່: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
  - ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

**ພາກທີ 2 ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການ**

ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນການແມ່ນໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ, ກະລຸນາໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ.

- ຄຸ້ນເຄີຍກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານແລະກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້. ໃຊ້ Evidence of Coverage ນີ້ເພື່ອຮຽນຮູ້ສິ່ງທີ່ຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທ່ານ ແລະກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.
  - ບົດທີ 3 ແລະ 4 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.
  - ບົດທີ 5 ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ Part D ຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານມີການປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆ ຫຼືການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດນອກເໜືອໄປຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງບອກພວກເຮົາ. ກະລຸນາໂທຫາໜ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້.
- ບອກທ່ານໜ່ວຍຂອງທ່ານແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆວ່າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ສະແດງບັດປະຈໍາຕົວສະມາຊິກແຜນຂອງທ່ານ ແລະບັດ Medicaid ຂອງທ່ານ ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼືຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງພາກ D.
- ຊ່ວຍແພດໜ່ວຍແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນຊ່ວຍເຈົ້າໂດຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນເຂົາເຈົ້າ, ຖາມຄໍາຖາມ, ແລະຕິດຕາມການດູແລຂອງເຈົ້າ.
  - ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ດີທີ່ສຸດ, ບອກທ່ານໜ່ວຍຂອງທ່ານແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ປະຕິບັດຕາມແຜນການປິ່ນປົວ ແລະຄໍາແນະນໍາທີ່ໄດ້ຕົກລົງເຫັນດີຮ່ວມກັນ ທີ່ທ່ານ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕົກລົງເຫັນດີ.

**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

- ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຮູ້ຈັກຍາທັງຫມົດທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ , ລວມທັງຢາທີ່ຂາຍ, ວິຕາມິນ, ແລະອາຫານເສີມ.
- ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຖາມແລະໄດ້ຮັບຄຳຕອບທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້.
- **ສະແດງຄວາມມີນ້ຳໃຈ.**

ພວກເຮົາຄາດຫວັງວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທັງຫມົດຈະເຄົາລົບສິດທິຂອງຄົນເຈັບອື່ນໆ. ພວກເຮົາຍັງຄາດຫວັງໃຫ້ທ່ານປະຕິບັດໃນວິທີການທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ການເຮັດວຽກຂອງຫ້ອງການທ່ານຫມໍ່, ໂຮງຫມໍ່, ແລະຫ້ອງການອື່ນໆຂອງທ່ານ.
- **ຈ່າຍສິ່ງທີ່ທ່ານຄ້າງຈ່າຍ.** ໃນຖານະສະມາຊິກແຜນ, ທ່ານຮັບຜິດຊອບການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້:
  - ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂສຳລັບແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງມີ Medicare ພາກ A ແລະ Medicare ພາກ B. ສຳລັບສະມາຊິກຂອງ CCA Health Medicare Maximum , Rhode Island Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສ່ວນ A ຂອງທ່ານ (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບມັນອັດຕະໂນມັດ) ແລະສຳລັບ ພາກ B ພຣີມຽມ ຂອງທ່ານ. ຖ້າ Rhode Island Medicaid ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ຂອງທ່ານເພື່ອເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນ.
  - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼືຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທັງໝົດ.
  - ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການເຂົ້າຮຽນຊ້າ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ.
  - ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມສຳລັບ ພາກ D ເນື່ອງຈາກລາຍຮັບທີ່ສູງຂຶ້ນ (ຕາມລາຍງານໃນໃບແຈ້ງພາສີຄັ້ງສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ), ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມໂດຍກົງໃຫ້ລັດຖະບານເພື່ອເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນ.
- **ຖ້າທ່ານຍ້າຍ/ປຸງໃນເພື່ອທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້** ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ (ບັນທຶກການລົງທະບຽນສູນກາງ) ໃຫ້ທັນສະໄຫມແລະຮູ້ວິທີການຕິດຕໍ່ທ່ານ.
- **ຖ້າເຈົ້າຍ້າຍອອກ/ປບອກ ເຂດບໍລິການແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານບໍ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້.**



**ສິດ ແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

---

- ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປ, ມັນຍັງມີຄວາມສໍາຄັນທີ່ຈະບອກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼືຄະນະກຳມະການບໍານານທາງລົດໄຟ).

---

CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ມີສັນຍາ Medicare ແລະສັນຍາກັບໂຄງການຂອງລັດ Medicaid. ການສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມແມ່ນຂຶ້ນກັບການເຮັດສັນຍາຄືນໃໝ່.

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເອກະສານນີ້ສໍາລັບການຟຣີໃນຮູບແບບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນ, ຫຼືສຽງ. ໂທ 833-346-9222 (TTY 711), 8 a.m. ຫາ 8 p.m., 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.