



KAISER PERMANENTE®

បញ្ជីកែតម្រូវសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2026

នេះជាព័ត៌មានសំខាន់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក Medi-Cal

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅផងដែរថា ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង និងទម្រង់បែបបទបង្ហាញព័ត៌មានរួមបញ្ចូលគ្នា (“Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, EOC/DF”)។ បញ្ជីកែតម្រូវនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងអំពីការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចំពោះសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។ សូមរក្សាឯកសារនេះជាមួយនឹងសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។

នៅក្នុងបញ្ជីកែតម្រូវសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ គម្រោងថែទាំសុខភាព Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

ជូនកាលត្រូវបានគេហៅថា “យើង”, “របស់យើង” ឬ “ពួកយើង”។ ជូនកាល សមាជិកត្រូវបានគេហៅថា “អ្នក”។ ពាក្យមួយចំនួនដែលសរសេរជាក្បួននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះមានអត្ថន័យពិសេស។ សម្រាប់ពាក្យដែលអ្នកគួរតែដឹង សូមមើលជំពូកទី 8 “លេខ និងពាក្យសំខាន់ៗដែលគួរតែដឹង” នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានគូសបន្ទាត់ពីក្រោម។

ការពិពណ៌នាដែលបានកែសម្រួលនៅក្រោមចំណងជើងថា «ការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)» ក្នុងជំពូកទី 3 (របៀបទទួលបានការថែទាំ)

ការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)

ការអនុញ្ញាតជាមុននៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាភាគខាងជើង

ចំពោះសេវាដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្រោមចំណងជើងថា «សេវាដែលត្រូវការការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។

ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

» នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃជំពូកនេះ គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (primary care provider, PCP) ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកនឹងត្រូវស្នើសុំការអនុញ្ញាតពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group មុនពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ។ ដំណើរការនេះត្រូវបានហៅថាជា ការស្នើសុំការអនុម័តជាមុន ឬការអនុញ្ញាតជាមុន។ វាមានន័យថា ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group ត្រូវតែធានាឱ្យបានច្បាស់លាស់ថា ការថែទាំនោះ គឺចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ (ត្រូវការជាចាំបាច់)។

សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសេវាដែលសមស្របនឹងចាំបាច់ដើម្បីការពារអាយុជីវិតរបស់អ្នក ការពារអ្នកពីការធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ឬពិការភាព ឬកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ ការឈឺថ្លា ឬរបួសដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន ការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីព្យាបាលឬជួយសម្រាលជំងឺឬស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយឬផ្លូវចិត្ត។

ចំពោះសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ជាលក្ខណៈស្តង់ដារ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវប៉ុន្មានឱ្យលឺសពី ប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការឡើយ គិតចាប់ពីពេលដែលពួកគេទទួលបានព័ត៌មាន ដែលបានស្នើសុំ ដែលចាំបាច់សមរម្យដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត (អនុម័ត កែប្រែ ឬបដិសេធ) លើសំណើរបស់អ្នក។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group ត្រូវតែឆ្លើយតបមិនឱ្យលឺសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនឡើយ បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ចំពោះសំណើដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានបញ្ជាក់ ឬអ្នកកំណត់ដែលកំណត់ដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group យល់ឃើញថា ការអនុវត្តតាមពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមត្ថភាពក្នុងការទទួលបាន រក្សា ឬស្តារឡើងវិញនូវមុខងាររាងកាយកម្រិតអតិបរមានោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group នឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) លឿនជាងមុន។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group នឹងឆ្លើយតបឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្មានឱ្យលឺសពី 72 ម៉ោងឡើយ បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ក្នុងករណីមួយចំនួន ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group អាចនឹងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត (អនុម័ត កែប្រែ ឬបដិសេធ) លើសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) របស់អ្នក។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើត

ឡើង ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group មានពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៅតម្រូវដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ នៅពេលដែលក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group ទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការហើយ ពួកគេត្រូវតែធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្មានឱ្យលឺសពីប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់សំណើស្តង់ដារ ឬ ៧២ ម៉ោងសម្រាប់សំណើបន្ទាន់ឡើយ។

បុគ្គលិកគ្លីនិក ឬបុគ្គលិកពេទ្យ ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងឱសថការី គឺជាអ្នកពិនិត្យមើលសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

យើងមិនធ្វើការជ្រៀតជ្រែកឬជះឥទ្ធិពលលើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកត្រួតពិនិត្យក្នុងការបដិសេធ កែប្រែ ឬអនុម័តលើការធានារ៉ាប់រងឬសេវាកម្ម តាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។ ប្រសិនបើក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente

 ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

Medical Group មិនអនុម័តលើសំណើនោះទេ យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (Notice of Action, NOA) ជូនអ្នក។ លិខិត NOA នឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ។

យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ប្រសិនបើក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Permanente Medical Group ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីពិនិត្យសំណើរបស់អ្នក។

ការអនុញ្ញាតជាមុននៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាភាគខាងត្បូង

ចំពោះសេវាដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្រោមចំណងជើង «សេវាដែលត្រូវការការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)» នៅផ្នែកក្រោយនៃដំណាក់កាលនេះ PCP ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកនឹងត្រូវស្នើសុំការអនុញ្ញាតពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group មុនពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ។ ដំណើរការនេះត្រូវបានហៅថាជា ការស្នើសុំការអនុម័តជាមុន ឬការអនុញ្ញាតជាមុន។ វាមានន័យថា ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group ត្រូវតែធានាឱ្យបានច្បាស់លាស់ថា ការថែទាំនោះគឺចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ (ត្រូវការជាចាំបាច់)។

សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសេវាដែលសមស្របនឹងចាំបាច់ដើម្បីការពារអាយុជីវិតរបស់អ្នក ការពារអ្នកពីការធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរឬពិការភាព ឬកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ ការឈឺថ្នាត់ ឬរបួសដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន ការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីព្យាបាលឬជួយសម្រាលជំងឺឬស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយឬផ្លូវចិត្ត។

ចំពោះសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ជាលក្ខណៈស្តង់ដារ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខ

ភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការឡើយ គិតចាប់ពីពេលដែលពួកគេទទួលបានព័ត៌មានដែលបានស្នើ

សុំ ដែលចាំបាច់សមរម្យដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត (អនុម័ត កែប្រែ ឬបដិសេធ) លើសំណើរបស់អ្នក។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group ត្រូវតែឆ្លើយតបមិនឱ្យលើសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនឡើយ គិតចាប់ពីពេលដែលពួកគេទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ចំពោះសំណើដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានបញ្ជាក់ ឬអ្នកកំណត់ដែលកំណត់ដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group យល់ឃើញថា ការអនុវត្តតាមពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់

ធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិតឬសុខភាពរបស់អ្នក ឬសមត្ថភាពក្នុងការទទួលបាន រក្សា ឬស្តារឡើងវិញនូវមុខងាររាងកាយ កម្រិតអតិបរមា នោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The

Southern California Permanente Medical Group នឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) លឿនជាងមុន។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group នឹងឆ្លើយតបឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 72 ម៉ោង គិតចាប់ពីពេលដែលពួកគេទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

ក្នុងករណីមួយចំនួន ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group អាចនឹងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត (អនុម័ត កែប្រែ ឬបដិសេធ) លើសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) របស់

អ្នក។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group មានពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ នៅពេលដែលក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group ទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការហើយ ពួកគេត្រូវតែធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់សំណើស្ទង់ងារ ឬ 72 ម៉ោងសម្រាប់សំណើបន្ទាន់ឡើយ។

បុគ្គលិកគ្លីនិក ឬបុគ្គលិកពេទ្យ ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងឱសថការី គឺជាអ្នកពិនិត្យមើលសំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

យើងមិនធ្វើការជ្រៀតជ្រែកឬជះឥទ្ធិពលលើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកត្រួតពិនិត្យក្នុងការបដិសេធ កែប្រែ ឬអនុម័តលើការធានារ៉ាប់រងឬសេវាកម្ម តាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។ ប្រសិនបើក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group មិនអនុម័តលើសំណើនោះទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (NOA) ជូនអ្នក។ លិខិត NOA នឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ។

យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ប្រសិនបើក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ The Southern California Permanente Medical Group ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីពិនិត្យសំណើរបស់អ្នក។

សេវាដែលត្រូវការការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេវាដែលតែងតែត្រូវការការអនុម័តជាមុន៖

- សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការលើសពីពីរដងក្នុងមួយខែ
- សេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, “CBAS”)
- ថ្នាំស្តីកទន្តសាស្ត្រ
- គ្រឿងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់បានយូរ
- ការថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះ
- សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ការរះរន្ធលាមក និងទាក់ទងនឹងប្រព័ន្ធតម្រងនោម
- ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍រោងកាយ
- សេវាដែលមិនមានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal
- ការរក្សាប្រព័ន្ធសរីរាង្គឬជាលិកា



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

- សេវាដឹកជញ្ជូនខាងវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់

ការថែទាំបន្ទាន់ រួមទាំងសេវាថយចុះសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) នោះទេ។

អ្នកមិនត្រូវការការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ជាដាច់ខាតសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់ សូម្បីតែសេវានោះ នៅក្រៅបណ្តាញវេជ្ជសាស្ត្រ Kaiser Permanente ឬនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មក្នុងតំបន់ផ្ទះរបស់អ្នក ក៏ដោយ។ ចំណុចនេះរាប់បញ្ចូលទាំងការឈឺពោះសម្រាលកូន និងការសម្រាលកូន ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះ។ អ្នកមិនត្រូវការការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពរើសបង្កើននេះទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាថែទាំរើសបង្កើន សូមអាន «ការថែទាំរើសបង្កើន (Sensitive care)» នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃជំពូកនេះ។

សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញនៃសេវាកម្មដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុម័តជាមុន និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអនុញ្ញាត សូមចូលទៅគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/UM ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។

មតិទីពីរ

អ្នកប្រហែលជាចង់បានមតិទីពីរអំពីការថែទាំដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនិយាយថា អ្នកត្រូវការ ឬអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នក។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជាចង់ទទួលបានមតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរឱ្យប្រាកដថារោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នកត្រឹមត្រូវ អ្នកមិនប្រាកដថា អ្នកត្រូវការការព្យាបាលឬការកាត់ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យឬអត់ ឬអ្នកបានព្យាយាមអនុវត្តតាមផែនការព្យាបាលហើយ ប៉ុន្តែវាមិនមានប្រសិទ្ធភាព។

យើងនឹងចំណាយលើមតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal របស់អ្នកបានស្នើសុំ។ ហើយអ្នកទទួលបានមតិទីពីរនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal។ អ្នកមិនត្រូវការការអនុញ្ញាតពីយើង ដើម្បីទទួលបានមតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal នោះទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal របស់អ្នកអាចជួយអ្នកទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការសុំមតិទីពីរ ប្រសិនបើចាំបាច់។

ដើម្បីទទួលបានមតិទីពីរ សូមទូរសព្ទទៅ PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal ដែលជាអ្នកជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សមស្របសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីសុំមតិទីពីរ។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសមាជិករបស់យើងតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)** ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្តសម្រាប់មតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន។

ប្រសិនបើគ្មានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ Medi-Cal ណាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្តល់មតិទីពីរដល់អ្នកទេ ផ្នែកបម្រើសមាជិករបស់យើងនឹងជួយអ្នកទទួលបានយោបល់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ប្រសិនបើយើងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដើម្បីសុំមតិទីពីរ យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់មតិទីពីរនោះ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកថា

 ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

តើអ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកបានជ្រើសរើសសម្រាប់មតិទីពីរត្រូវបានអនុម័តឬអត់ ឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការឡើយ គិតចាប់ពីពេលដែលគម្រោងទទួលបានព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ ដែលចាំបាច់សមរម្យដើម្បីសម្រេចលើសំណើរបស់អ្នក ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបមិនឱ្យលើសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនឡើយ គិតចាប់ពីពេលដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ធ្ងន់ធ្ងរ ឬសាហាវ ឬប្រឈមនឹងការគំរាមកំហែងសុខភាពភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរ រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះការបាត់បង់អាយុជីវិត អរយរៈ ឬផ្នែកសំខាន់នៃរាងកាយ ឬមុខងាររាងកាយ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសុំមតិទីពីររបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមអាន «ពាក្យបណ្តឹង» នៅក្នុងជំពូកទី 6 «ការរាយការណ៍ និងការដោះស្រាយបញ្ហា» នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

ការពិពណ៌នាដែលបានកែសម្រួលនៅក្រោមចំណងជើងថា «កម្មវិធី និងសេវា Medi-Cal ផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente» ក្នុងជំពូកទី 4 (អត្ថប្រយោជន៍ និង សេវាកម្ម)

Kaiser Permanente មិនរ៉ាប់រងលើសេវាមួយចំនួននោះទេ

ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវាទាំងនោះតាមរយៈការទូទាត់តាមសេវាកម្ម (Fee-for-Service, FFS)

Medi-Cal ឬកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀត។ យើងនឹងសម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដើម្បីធានាថា អ្នកទទួលបានរាល់សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងសេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ហើយមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយយើងផងដែរ។ ផ្នែកនេះរាយបញ្ជីសេវាទាំងនោះមួយចំនួន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់យើងតាមរយៈលេខ

1-855-839-7613 (TTY 711)។

Dental Managed Care នៅក្នុងតំបន់ខោនធី Sacramento និង Los Angeles

កម្មវិធី Medi-Cal Dental Managed Care Program ប្រើប្រាស់គម្រោងថែទាំតាមបែបគ្រប់គ្រង ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មទន្តសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Dental Managed Care នេះ។ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការលើកលែងពីការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Dental Managed Care។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ជម្រើសថែទាំសុខភាព នៅ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ជម្រើសថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ **1-800-430-4263** បានផងដែរ។

ចំណាំ៖ សេវាថ្នាំស្លឹកសម្រាប់នីតិវិធីទន្តសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន ត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ សូមមើលចំណងជើង "សេវាកម្មត្រូវបានកំណត់សម្គាល់" នៅក្រោម "ការថែទាំអ្នកជំងឺក្រៅ" ក្នុងជំពូក 4 "អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម" នៃសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រនៅតាមខោនធីផ្សេងទៀត

FFS របស់ Medi-Cal Dental គឺដូចគ្នាទៅនឹង Medi-Cal FFS សម្រាប់សេវាកម្មទន្តសាស្ត្ររបស់អ្នក។ មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits

Identification Card, BIC) នៃ Medi-Cal របស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រ។ សូមប្រាកដថា អ្នកផ្តល់សេវាទទួលយក Dental FFS ហើយអ្នកមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំតាមបែបគ្រប់គ្រងដែលរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រនោះទេ។

Medi-Cal រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រយ៉ាងទូលំទូលាយតាមរយៈ Medi-Cal Dental រួមមាន៖

- ធ្វេញសិប្បនិម្មិតទាំងស្រុង និងមួយផ្នែក
- ស្រោមធ្មេញ
- (ធ្វើរួចជាស្រេច/ធ្វើនៅមន្ទីរពិសោធន៍)
- សេវាកម្មទន្តសាស្ត្ររោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការដូចជាការពិនិត្យ ថតកាំរស្មីអ៊ិច និងការសម្អាតធ្មេញ
- ការថែទាំបន្ទាន់សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ការប៉ះធ្មេញ
- ការពាក់ធ្មេញសម្រាប់កុមារដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ការព្យាបាលរន្ធបួសធ្មេញ (ខាងមុខ/ខាងក្រោយ)
- ការកោសកំបោរធ្មេញ និងសម្អាតបួសធ្មេញ
- ការដកធ្មេញ
- ការលាបហ្គាយអ្វីវ៉ាយលើផ្ទៃធ្មេញ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ សូមទូរសព្ទទៅ Medi-Cal Dental តាមរយៈលេខ **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** ឬ **711**)។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រ Medi-Cal Dental នៅ <https://www.dental.dhcs.ca.gov> បានផងដែរ។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613** (TTY **711**)។ ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

ការពិពណ៌នាដែលបានកែសម្រួលនៅក្រោម “សេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលកុមារអាចទទួលបានតាមរយៈកម្មវិធីការទូទាត់តាមសេវាកម្ម (FFS) Medi-Cal ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត” ក្នុងជំពូក 5 (ការថែទាំសុខុមាលភាពកុមារ និងយុវជន)

សមាជិកកុមារ និងយុវជនអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ អាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ភ្លាមៗនៅពេលពួកគេត្រូវបានចុះឈ្មោះ។ នេះធានាថាពួកគេទទួលបានការថែទាំសុខភាពផ្នែកបង្ការ ទន្តសាស្ត្រ និងផ្លូវចិត្តត្រឹមត្រូវ រួមទាំងសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍ និងឯកទេស។ ជំពូកនេះពន្យល់អំពីសេវាកម្មទាំងនេះ។

សេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលកុមារអាចទទួលបានតាមរយៈកម្មវិធីការទូទាត់តាមសេវាកម្ម (FFS) Medi-Cal ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត

ការពិនិត្យធ្មេញ

រក្សាអញ្ចាញធ្មេញទារករបស់អ្នកឱ្យស្អាត ដោយដូកអញ្ចាញធ្មេញថ្មីៗជាមួយក្រណាត់ស្អាតរៀងរាល់ថ្ងៃ។ នៅអាយុប្រហែលបួនខែប្រាំមួយខែ “ការដុះធ្មេញ” នឹងចាប់ផ្តើម នៅពេលដែលធ្មេញទារកចាប់ផ្តើមដុះចេញមក។ អ្នកគួរតែធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការទៅពិនិត្យធ្មេញលើកដំបូងរបស់កូនអ្នក ភ្លាមៗនៅពេលដែលធ្មេញដំបូងរបស់ពួកគេដុះ ឬត្រឹមថ្ងៃកំណើតខួបទីមួយរបស់ពួកគេ អាស្រ័យលើថាមួយណាមកដល់មុន។

សេវាកម្ម Medi-Cal Dental ទាំងនេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃសម្រាប់៖

ទារកអាយុ 0-3 ឆ្នាំ

- | | |
|---|---|
| ▪ ការទៅពិនិត្យធ្មេញលើកដំបូងរបស់ទារក | និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ) |
| ▪ ការពិនិត្យធ្មេញលើកដំបូងរបស់ទារក | ▪ ការលាបព្យាបាលអ្វីរ៉ាយ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ) |
| ▪ ការពិនិត្យធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ) | ▪ ការប៉ះធ្មេញ |
| ▪ ការស្តីអ៊ុច | ▪ ការដក (ការយកធ្មេញចេញ) |
| ▪ ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង | ▪ សេវាទន្តសាស្ត្របន្ទាន់ |



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។ ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

- *ការដាក់ថ្នាំសណ្តម (ប្រសិនបើចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

កុមារអាយុ 4-12 ឆ្នាំ

- ការពិនិត្យធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការស្តីអ៊ុច
- ការលាបហ្គាយអ្វីរ៉ាយ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការបិទចង្កូវធ្មេញថ្មាម
- ការប៉ះធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ
- ការដក (ការយកធ្មេញចេញ)
- សេវាទន្តសាស្ត្របន្ទាន់
- *ការដាក់ថ្នាំសណ្តម (ប្រសិនបើចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

យុវជនអាយុ 13-20 ឆ្នាំ

- ការពិនិត្យធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការស្តីអ៊ុច
- ការលាបហ្គាយអ្វីរ៉ាយ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះញឹកញាប់ជាងនេះ)
- ការពត់ធ្មេញ (ខ្សែពត់ធ្មេញ) សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ការប៉ះធ្មេញ
- ស្រោមធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ
- ធ្មេញសិប្បនិម្មិតមួយផ្នែក និងទាំងស្រុង
- ការកោសកំបោរធ្មេញ និងសម្អាតឫសធ្មេញ
- ការដក (ការយកធ្មេញចេញ)
- សេវាទន្តសាស្ត្របន្ទាន់
- *ការដាក់ថ្នាំសណ្តម (ប្រសិនបើចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

* អ្នកផ្តល់សេវាគួរពិចារណាលើការដាក់ថ្នាំសណ្តម និងការដាក់ថ្នាំសណ្តមទូទៅ នៅពេលដែលពួកគេកំណត់ និងចងក្រង នូវហេតុផលដែលថ្នាំស្តីកម្មលម្អិតមិនសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយការព្យាបាលធ្មេញត្រូវបានអនុម័តជាមុន ឬមិនត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

ខាងក្រោមនេះគឺជាហេតុផលមួយចំនួនដែលថ្នាំស្តីកម្មលម្អិតមិនអាចប្រើប្រាស់បាន ហើយការដាក់ថ្នាំសណ្តម ឬថ្នាំសណ្តមទូទៅ អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ជំនួសវិញ៖

- ស្ថានភាពរាងកាយ អាកប្បកិរិយា ការអភិវឌ្ឍន៍ ឬសកម្មភាពម្តង ដែលរារាំងអ្នកដឹងពីការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាយាមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការធ្វើការព្យាបាល

- នីតិវិធីស្តារឡើងវិញទ្រង់ទ្រាយធំ ឬការរក្សាទុក
- កុមារមិនសហការ
- ការឆ្លងមេរោគស្រួចស្រាវនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ
- បរាជ័យនៃថ្នាំស្តីកម្មលដ្ឋានក្នុងការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាកម្មទទួលបានសាស្ត្រ
សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ខ្សែទូរស័ព្ទបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Dental តាមរយៈលេខ
1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 ឬ 711) ឬចូលទៅកាន់ <https://smilecalifornia.org/>។



ទូរសព្ទនៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

ការពិពណ៌នាដែលបានកែសម្រួលនៅក្រោម “សវនាការរដ្ឋ” ក្នុងជំពូក 6 (ការរាយការណ៍ និងការដោះស្រាយបញ្ហា)

សវនាការរដ្ឋ

សវនាការរដ្ឋ (State Hearing) គឺជាការប្រជុំជាមួយយើង និងចៅក្រមមកពីនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសង្គមរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Social Services, “CDSS”)។ ចៅក្រមនឹងជួយដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក និងសម្រេចថាតើយើងបានធ្វើការសម្រេចចិត្តត្រឹមត្រូវ ឬអត់។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើសុំការប្តឹងតវ៉ាជាមួយ Kaiser Permanente រួចហើយ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការសម្រេចចិត្តលើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយការប្តឹងតវ៉ា (“Notice of Appeal Resolution, NAR”) របស់យើង។ ប្រសិនបើយើងបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជំនួយបន្តបង់ប្រាក់ក្នុងកំឡុងពេលប្តឹងតវ៉ា ហើយអ្នកចង់ឱ្យបន្តរហូតដល់មានការសម្រេចចិត្តលើសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការរដ្ឋក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៃលិខិត NAR របស់យើង ឬមុនកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានបញ្ជាក់ថាសេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ អាស្រ័យលើថាមួយណាយ៉ាង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីធានាថាជំនួយបង់ប្រាក់ក្នុងកំឡុងពេលរង់ចាំនឹងបន្តរហូតដល់មានការសម្រេចចុងក្រោយលើសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នក សូមទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងតាមរយៈលេខ

1-855-839-7613 (TTY 711)

24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កំណត់ដែលបានទទួលសិទ្ធិ ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋជំនួសអ្នកបាន ដោយមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ ដោយមិនចាំបាច់បញ្ចប់ដំណើរការប្តឹងតវ៉ារបស់យើងឡើយ។

ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋដោយមិនចាំបាច់បញ្ចប់ដំណើរការប្តឹងតវ៉ារបស់យើងឡើយ ប្រសិនបើយើងមិនបានជូនដំណឹងអ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ឬទាន់ពេលវេលាអំពីសេវាកម្មរបស់អ្នក។ គេហៅករណីនេះថា “បានចាត់ទុកថាបានប្រើអស់វិធានការរដ្ឋបាលហើយ”។

នេះជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗស្តីពីករណីបានចាត់ទុកថាបានប្រើអស់វិធានការរដ្ឋបាលហើយ៖

- យើងមិនបានធ្វើឱ្យ លិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (Notice of Action, “NOA”) ឬលិខិត NAR អាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់អ្នកជាភាសាដែលអ្នកចូលចិត្ត



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។ ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ kp.org។

- យើងបានធ្វើកំហុសមួយ ដែលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិណាមួយរបស់អ្នក
- យើងមិនបានផ្តល់លិខិត NOA ដល់អ្នកទេ
- យើងមិនបានផ្តល់លិខិត NAR ដល់អ្នកទេ
- យើងបានធ្វើកំហុសនៅក្នុងលិខិត NAR របស់យើង
- យើងមិនបានសម្រេចលើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃទេ
- យើងបានសម្រេចថាសំណុំរឿងរបស់អ្នកជាដំបូងបង្អស់
ប៉ុន្តែមិនបានឆ្លើយតបទៅនឹងការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋតាមវិធីទាំងនេះ៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋរបស់ CDSS តាមរយៈលេខ **1-800-743-8525** (TTY **1-800-952-8349** ឬ **711**)
- **តាមប្រៃសណីយ៍៖**
បំពេញសំណុំបែបបទដែលបានផ្តល់ជូនជាមួយនឹងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក
ហើយ
ផ្ញើវាទៅ៖

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **តាមអនឡាញ៖** ស្នើសុំសវនាការតាមអនឡាញនៅ www.cdss.ca.gov
- **តាមអ៊ីមែល៖**
បំពេញសំណុំបែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក
ហើយផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើតាមរយៈអ៊ីមែល
វាអាចមានហានិភ័យដែលមាននរណាម្នាក់ក្រៅពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋអាចស្វែងយកអ៊ីមែលរបស់អ្នក។
សូមពិចារណាប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រដែលមានសុវត្ថិភាពជាងនេះ ដើម្បីផ្ញើសំណើរបស់អ្នក។
- **តាមទូរសារ៖**
បំពេញទម្រង់បែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក
ហើយផ្ញើទូរសារទៅផ្នែកសវនាការរដ្ឋតាមរយៈលេខ **916-309-3487** ឬលេខឥតគិតថ្លៃ **1-833-281-0903**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ យើងអាចជួយអ្នកបាន។ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់យើងតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613** (TTY **711**)។

នៅក្នុងសវនាការ អ្នកនឹងប្រាប់ចៅក្រមពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ យើងនឹងប្រាប់ចៅក្រមពីរបៀបដែលយើងបានធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ វាអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 90 ថ្ងៃដើម្បីឱ្យចៅក្រម

ចេញសេចក្តីសម្រេចលើសំណុំរឿងរបស់អ្នក។ យើងត្រូវធ្វើតាមអ្វីដែលចៅក្រមសម្រេច។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ CDSS ធ្វើការសម្រេចចិត្តរហ័ស ពីព្រោះពេលវេលាដែលត្រូវការសម្រាប់សវនាការរដ្ឋនឹងធ្វើឱ្យ ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការដំណើរការពេញលេញរបស់អ្នកជួបគ្រោះថ្នាក់ អ្នក គំណាងដែលទទួលបានសិទ្ធិ របស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចទាក់ទង CDSS និងស្នើសុំសវនាការរដ្ឋជាបន្ទាន់ (រហ័ស)។ CDSS ត្រូវតែ ធ្វើការសម្រេចចិត្តយ៉ាងយូរមិនលើសពីបីថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានឯកសារសំណុំរឿងពេញលេញរបស់អ្នកពីយើង។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងនៅទីនេះ **24** ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ **7** ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចូលមើលតាមអនឡាញនៅ **kp.org**។

ការពិពណ៌នាដែលបានកែសម្រួលនៅក្រោម

“លិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ” ក្នុងជំពូក 7 (សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ)

ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Kaiser Permanente អ្នកមានសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវជាក់លាក់។ ជំពូកនេះពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវទាំងនេះ។ ជំពូកនេះក៏រួមបញ្ចូលការជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ថា អ្នកមានសិទ្ធិ ក្នុងនាមជាសមាជិក Kaiser Permanente។

លិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ

Kaiser Permanente នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (Notice of Action, “NOA”) ទៅអ្នករាល់ពេលដែល Kaiser Permanente បដិសេធ ពន្យារពេល បញ្ឈប់ ឬកែប្រែសំណើសុំសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកតែងតែអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយយើងបាន។ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែក

“ការប្តឹងតវ៉ា” ក្នុងជំពូក 6 នៃសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ នៅពេលយើងផ្ញើលិខិត NOA ទៅអ្នក វានឹងប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិទាំងអស់ដែលអ្នកមាន ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះពីនរណាម្នាក់ក្រៅពីយើង សូមទាក់ទងទៅ Kaiser Permanente ភ្លាមៗ។

ខ្លឹមសារនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង

ប្រសិនបើយើងធ្វើការបដិសេធ ពន្យារពេល កែប្រែ បញ្ឈប់ ផ្អាក ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្មរបស់អ្នកទាំងស្រុងឬមួយផ្នែក ដោយផ្អែកលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ លិខិត NOA របស់អ្នកត្រូវតែមានព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

- សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីចំណាត់ការដែលយើងមានបំណងធ្វើ
- ការពន្យល់ច្បាស់លាស់និងសង្ខេបអំពីហេតុផលសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរបស់យើង
- របៀបដែលយើងបានសម្រេចចិត្ត រួមទាំងច្បាប់ដែលយើងបានប្រើប្រាស់
- ហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រេចចិត្ត។ យើងត្រូវតែបញ្ជាក់ឱ្យបានច្បាស់លាស់អំពីរបៀបដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកមិនស្របតាមច្បាប់ ឬគោលការណ៍ណែនាំ។

- ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំថតចម្លងឯកសារ និងកំណត់ត្រាទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹង NOA ដោយឥតគិតថ្លៃ។

ការបកប្រែ

យើងត្រូវបានគម្របឱ្យបកប្រែយ៉ាងពេញលេញ និងផ្តល់ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់សមាជិកជាភាសាពេញនិយមទូទៅ រួមទាំងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ានិងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងអស់។

សេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានបកប្រែយ៉ាងពេញលេញត្រូវតែរួមបញ្ចូលហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការបដិសេធ ពន្យារពេល កែប្រែ បញ្ចប់ ផ្អាក ឬកាត់បន្ថយសំណើសុំសេវាថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើការបកប្រែជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្តមិនមានទេ យើងនឹងផ្តល់ជំនួយដោយផ្ទាល់មាត់ជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចយល់ពីព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបាន។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

នៅក្នុងឯកសារនេះ "យើង", "ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" មានន័យថា Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group)។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**។

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ យើងគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

យើងមិនរើសអើង បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារ អាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សាវតាររូបធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជនឱរ អត្តសញ្ញាណជនឱរ ការបញ្ជាក់ពីជនឱរ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពពិការ រាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីលីតេ សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanenteផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មដូចខាងក្រោមក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា:

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយពួកគេទំនាក់ទំនងបានប្រសើរជាងមុនជាមួយពួកយើង ដូចជា:
 - ◆ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំៗ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- សេវាកម្មភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់មនុស្សដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា:
 - ◆ អ្នកបកប្រែដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទខាងក្រោម។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃយប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរស្នាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំៗ សម្លេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើង ហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរសព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ សូមយោងលើភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬលិខិតបញ្ជាក់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

តាម អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬសម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរសព្ទ** : ទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិក។ លេខទូរសព្ទត្រូវបានចុះនៅខាងលើ។
- **តាមសំបុត្រ** : ទាញយកទម្រង់បែបបទនៅ **kp.org** ឬទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកហើយសុំឱ្យពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកអាចផ្ញើត្រឡប់មកវិញ។
- **ដោយផ្ទាល់** : បំពេញពាក្យបណ្តឹងឬទម្រង់ស្នើសុំ/ទាមទារអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅទីកន្លែងរបស់គម្រោង (ចូលទៅកាន់បញ្ជីឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ **kp.org/facilities** សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **អនឡាញ** : ប្រើទម្រង់តាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**

អ្នកក៏អាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិពលរដ្ឋ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់នៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ សិទ្ធិពលរដ្ឋ (សម្រាប់គេអ្នកទទួលបានពី Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋដោយការសរសេរសំបុត្រ ទូរសព្ទ ឬអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរសព្ទ** : ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370** (TTY **711**)
- **តាមសំបុត្រ** : បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋអាចរកបាននៅ៖ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **អនឡាញ** : ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្ម សុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរសព្ទ** : ហៅទៅលេខ **1-800-368-1019** (TTY **711** ឬ **1-800-537-7697**)

- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក
សម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋអាចរកបាននៅ: <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **អនឡាញ:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>