



MICHELLE BAASS
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក
Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program

ជូនចំពោះអ្នកទទួលបានផល

អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program។ កម្មវិធីនេះរ៉ាប់រងតែទៅលើការធ្វើតេស្ត COVID-19 ដែលចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវានានាពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាល។

កម្មវិធី **COVID-19 Uninsured Group Program** បញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទ ថ្ងៃទី **May 31 2023**។ កម្មវិធីនេះនឹងបញ្ចប់ ដោយសារតែច្បាប់បានកែប្រែ។

ស្វែងយល់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបាន **Medi-Cal** ឬ **Covered California** ដែរឬអត់។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប តាមរយៈ Medi-Cal ឬ Covered California។ យើងមានពាក្យសុំចំនួនមួយសម្រាប់កម្មវិធីទាំងពីរ។

ដាក់ពាក្យសុំនៅពេលនេះ តាមមធ្យោបាយណាមួយក្នុងចំណោមមធ្យោបាយទាំងនេះ៖

- អនឡាញ តាមរយៈ CoveredCA.com MyBenefitsCALWIN.org ឬ BenefitsCal.com
- តាមរយៈប្រៃសណីយ៍

បំពេញពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតនេះ និងផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA, 95798-9725

ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ស្វែងរកព័ត៌មានការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅលើ

<http://dhcs.ca.gov/COL>។ ឬ សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-541-5555។

អ្នកក៏អាចទាញយកពាក្យសុំជាទម្រង់ក្រដាសជាភាសាជាច្រើនទៀតនៅលើ

<https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal>។

- តាមទូរសព្ទ

ទូរសព្ទទៅកាន់ Covered California តាមរយៈលេខ 800-300-1506។ ឬ ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ស្វែងរកការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅលើ <http://dhcs.ca.gov/COL>។ ឬ សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-541-5555។

- ដោយផ្ទាល់៖

ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឬ Covered California ដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ស្វែងរកព័ត៌មានការិយាល័យប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅលើ

<http://dhcs.ca.gov/COL>។ ឬទូរសព្ទទៅ 800-541-5555។

ដាក់ពាក្យសុំ **Covered California** មុនការធានារ៉ាប់រង **COVID-19 Uninsured Group Program** របស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់!

ដោយសារតែគ្រោះអាសន្នផ្នែកសុខភាពសាធារណៈនៃជំងឺ COVID-19 ទើប Covered California មានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស។ វានឹងបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ នៅពេលដែលគ្រោះអាសន្នផ្នែកសុខភាពសាធារណៈត្រូវបញ្ចប់។ អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុការណ៍សំខាន់ក្នុងជីវិតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានគម្រោងនេះ។ ឬ ចុះឈ្មោះនៅអំឡុងពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះរបស់ Covered California។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ Covered California តាមអនឡាញ សូមចូលទៅកាន់ CoveredCA.com/apply ។

- នៅក្នុងម៉ឺនុយទម្លាក់ចុះ “Special Enrollment” សូមជ្រើសរើសយក “Pandemic (COVID-19)/ គ្រោះអាសន្នផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ” សម្រាប់ជាហេតុការណ៍សំខាន់ក្នុងជីវិត ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានគម្រោងរបស់អ្នក។
- សម្រាប់កាលបរិច្ឆេទនៃហេតុការណ៍ជីវិតរបស់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទបច្ចុប្បន្ន។

តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំទទួលបានវិក្កយបត្រទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19?

- ប្រសិនបើអ្នកមានវិក្កយបត្រទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19 មុនកម្មវិធីនេះបញ្ចប់ សូមប្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាទូទាត់វិក្កយបត្រ Medi-Cal ឱ្យប្រគល់ការទាមទារទៅកាន់ Medi-Cal ជំនួសឱ្យការចេញវិក្កយបត្រទូទាត់ទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការធ្វើតេស្តឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19 ក្រោយកម្មវិធីបញ្ចប់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal និងទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការរ៉ាប់រង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការរ៉ាប់រង Medi-Cal ប្រតិសកម្ម (សង) រហូតដល់ចំនួនបីខែ។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុង Covered California សូមប្រាប់អ្នកចេញវិក្កយបត្រទូទាត់ឱ្យប្រគល់ការទាមទារទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19 ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុង COVID-19 Uninsured Group Program អ្នកអាចស្នើសុំសំណងបាន។ ទូរសព្ទទៅកាន់ Medi-Cal Beneficiary Service Center តាមរយៈលេខ 916-403-2007។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសំណង សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan) នៅលើ <https://www.dhcs.ca.gov/conlan>។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំង ការធ្វើតេស្ត ឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19 ដែរឬទេ នៅពេលកម្មវិធីនេះបញ្ចប់

បន្ទាប់ពីកម្មវិធីនេះបញ្ចប់ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃដដែល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ www.myturn.ca.gov។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការធ្វើតេស្តឬការព្យាបាលជំងឺ COVID-19 បន្ទាប់ពីកម្មវិធីនេះត្រូវបញ្ចប់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំគម្រោង Medi-Cal ឬ Covered California បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានគម្រោង អ្នកអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា COVID-19 និងសេវាជាច្រើនទៀត។

តើមានសំណួរទេ?

- អ៊ីម៉ែលមកយើងនៅលើ COVID19Apps@dhcs.ca.gov។
- ឬទូរសព្ទទៅ 916-552-9200។
- ឬ ផ្ញើសំណួររបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖

Department of Health Care Services
 Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607
 P.O. Box 997417
 Sacramento, CA 95899-7417

ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាផ្សេងទៀត សូមប្រើប្រាស់លេខទូរសព្ទដែលរៀបរាប់នៅលើ Notice of Language Services ដែលភ្ជាប់មកជាមួយនឹងលិខិតនេះ។

សូមអរគុណ

Department of Health Care Services
State of California

ព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីសិទ្ធិសវនាការយុត្តិធម៌របស់អ្នក

កម្មវិធី COVID-19 Uninsured Group Program នឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី May 31 2023 ដោយសារ ច្បាប់បានផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍តវ៉ាចំពោះការបញ្ចប់កម្មវិធីដោយសារការផ្លាស់ប្តូរ ច្បាប់នេះបានទេ។ (បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាដំណើរការមួយដែលអ្នកជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចមួយ និងស្នើសុំឱ្យសវនាការយុត្តិធម៌ពិនិត្យមើលឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចនោះ។) អ្នកអាចស្នើសុំ សវនាការយុត្តិធម៌បាន ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសម្រេចដែលពាក់ព័ន្ធនឹង ការដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែម អំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការតាមរយៈ

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>។

ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349)។