

ពាក្យសុំ **Health Insurance Premium Payment**

(សូមមើលការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញនៅផ្នែកម្ខាងទៀត)

ជំហានទី 1៖ ប្រាប់យើងអំពីអ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំទៅកាន់កម្មវិធី **Health Insurance Premium Payment (HIPPP) Program**

1. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ	2. លេខរបបសន្តិសុខសង្គម	3. លេខទូរសព្ទ
4. អាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដប៊ុប

ជំហានទី 2៖ ប្រាប់យើងអំពីប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក

5. ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	6. កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	
7. អាសយដ្ឋានចេញវិក្កយបត្រទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង (ទីតាំងដែលត្រូវធ្វើ បុព្វលាភរ៉ាប់រងតាមប្រៃសណីយ៍)	ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដប៊ុប	
8. លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	9. បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែសរុប	10. ចំនួនមនុស្សសរុបដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង _____
11. ឈ្មោះម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	12. លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	

ជំហានទី 3៖ លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបាន **HIPP**

13. តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐	14. តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care Plan ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនដឹង ☐
15. តើម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបង្គាប់ ដោយគុណការផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐	16. តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medicare ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐
17. តើម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងបានទទួលសំណង ពេញលេញសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐	18. ប្រសិនបើនៅក្នុង Medi-Cal តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំរក្សាបានប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងដែលដែរឬទេ ចាប់តាំងពីពួកគេបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal ដំបូង? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

ប្រសិនបើឆ្លើយ បាទ/ចាស ចំពោះសំណួរទី 14 ទី 15 ទី 16 ឬ ទី 17 នោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន HIPP program ទេ។
ប្រសិនបើឆ្លើយ ទេ ចំពោះសំណួរទី 13 ឬ ទី 18 នោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន HIPP program ទេ។
សូមទាក់ទងទៅកាន់ DHCS តាមរយៈ HIPP@dhcs.ca.gov ឬ (916) 445-8322 សម្រាប់សំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបាន។

ចំណុចសំខាន់៖ ជាលក្ខខណ្ឌមួយនៃសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកទទួលបាន Medi-Cal ត្រូវផ្តល់សិទ្ធិធានារ៉ាប់រងសុខភាព គាំទ្រ ឬការទូទាត់ប្រាក់ដោយភាគីទីបី ទៅកាន់ Medi-Cal program និងត្រូវសហការជាមួយ California Department of Health Care Services ក្នុងការទទួលបានជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការទូទាត់ប្រាក់។ ការប្រគល់សិទ្ធិទៅលើអត្ថប្រយោជន៍ គឺមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់តែសេវាដែលបានបង់ប្រាក់តាមរយៈ Medi-Cal program ប៉ុណ្ណោះ។ ការប្រគល់សិទ្ធិវេជ្ជសាស្ត្រ អនុញ្ញាតឱ្យ California Department of Health Care Services ទទួលបានមកវិញនូវថវិកាពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬថវិកានៅពេល Medi-Cal program បង់ថ្លៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានចេញ វិក្កយបត្រទៅកាន់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ផ្សេងទៀត។ សូមបញ្ជាក់ថាដើម្បីគោរពតាម Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) លេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនិងព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកផ្តល់ជូន អាចនឹងត្រូវបាន ប្រើប្រាស់ដើម្បីទាត់ទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងយោជក អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទីភ្នាក់ងារប្រចាំខោនធី ដើម្បីកំណត់វិសាលភាពនៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមាន។ ក្រោម Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 ព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវបានប្រមូល គឺត្រូវបានចាត់ទុកជាការសម្ងាត់ និងត្រូវបានបញ្ចេញតាមភាពចាំបាច់ សម្រាប់គោលបំណងរដ្ឋបាលរបស់ Medi-Cal program តែប៉ុណ្ណោះ។

ការអនុញ្ញាត៖ “ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យ California Department of Health Care Services ទទួលបានព័ត៌មានណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើចាំបាច់ រួមទាំងការបង់ប្រាក់ និង/ឬអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលត្រូវបានបង់ជំនួសខ្ញុំ ដែលអាចនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់ថាតើ California Department of Health Care Services នឹងបង់ប្រាក់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ការរ៉ាប់រងបន្តដែរឬទេ។”

19. ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (ឬអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត)	កាលបរិច្ឆេទ
--	-------------

ការណែនាំក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ **Health Insurance Premium Payment**

ការណែនាំខាងក្រោមនេះ គឺសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងការបំពេញពាក្យសុំ Health Insurance Premium Payment។

1. សូមបញ្ចូលឈ្មោះពេញរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
2. វាយបញ្ចូលលេខរបបសន្តិសុខសង្គមប្រាំបួនខ្ទង់របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
3. វាយបញ្ចូលលេខរូបសព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលថ្ងៃពេញលេញ រួមទាំងលេខកូដតំបន់ របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
4. វាយបញ្ចូលអាសយដ្ឋានផ្លូវពេញលេញ ទីក្រុង រដ្ឋ និងកូដហ្សឺប របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
5. វាយបញ្ចូលឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
6. វាយបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមដំបូងនៃប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 5 និង 8។
7. វាយបញ្ចូលអាសយដ្ឋានផ្លូវពេញលេញ ទីក្រុង រដ្ឋ និងកូដហ្សឺប ដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំធ្វើ ការបង់ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គាត់ ទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង។
8. វាយបញ្ចូលលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ។
9. វាយបញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងសរុបប្រចាំខែសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
10. វាយបញ្ចូលចំនួនមនុស្សសរុបដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 5 និង 8។
11. វាយបញ្ចូលឈ្មោះពេញរបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងចំណុច 5 និង 8។ នេះជាឈ្មោះរបស់បុគ្គល ដែលប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានចេញជូន។
12. វាយបញ្ចូលលេខរបបសន្តិសុខសង្គមប្រាំបួនខ្ទង់របស់ម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
13. បញ្ជាក់ថា តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal ដែរឬទេ ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ឬ ទេ។
14. បញ្ជាក់ថា តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medi-Cal Managed Care Plan ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ទេ ឬមិនដឹង។
15. បញ្ជាក់ថា តើម្ចាស់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងត្រូវបានបង្គាប់ដោយតុលាការឱ្យផ្តល់ជូនធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំដែរឬទេ ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ឬ ទេ។
16. បញ្ជាក់ថា តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំកំពុងចុះឈ្មោះនៅក្នុង Medicare ដែរឬទេ ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ទេ។
17. បញ្ជាក់ថា តើម្ចាស់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង បានទទួលសំណងពេញលេញសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពហើយឬនៅ ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ឬ ទេ។
18. បញ្ជាក់ថា តើអ្នកដាក់ពាក្យសុំមានប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសុខភាពដដែលដែរឬទេ ចាប់តាំងពីពួកគេបានចុះឈ្មោះដំបូងនៅក្នុង Medi-Cal ដែរឬទេ ដោយគ្រួសារនៅក្នុងប្រអប់ បាទ/ចាស ឬ ទេ។
19. ចុះហត្ថលេខា និងវាយបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៅពេលដែលអ្នកបានបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖ Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ (916) 445-8322 ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – 5:00 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។