**[ພາສາຄູ່ມືສຳລັບສະມາຊິກມາດຕະຖານສຳລັບ BADGERCARE PLUS ແລະ MEDICAID SSI]**

**ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ**

[Note to HMO: The Member Handbook must contain taglines of prevalent non-English languages spoken by members as well as large print, explaining that written translation or oral interpretation of the document is available to the member free of charge. Sample taglines are provided at:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx>]

*[Insert applicable non-English taglines here.]*

[Note to HMO: The Member Handbook must also include a large print tagline with information on how to request auxiliary aids and services, including the provision of the materials in alternative formats.]

*[Name of HMO program]*:

* ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
  + ລ່າມແປພາສາມື
  + ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບການພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ
* ໃຫ້ການບໍລິການພາສາຟຣີແກ່ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
  + ລ່າມແປພາສາ
  + ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ *[Name of entity or of contact at HMO]* ທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]*.

**ສາລະບັນ**

[ສຳຄັນ *[HMO PROGRAM NAME]* ເບີໂທລະສັບ 4](#_Toc146987080)

[ເບີໂທລະສັບທີ່ສຳຄັນອື່ນໆ 5](#_Toc146987081)

[ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ *[HMO]* 6](#_Toc146987082)

[**ການໃຊ້ບັດສະມາຊິກ *[HMO]* ຂອງທ່ານ** **6**](#_Toc146987083)

[**ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ** **7**](#_Toc146987084)

[**ການນໍາໃຊ້ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ** **8**](#_Toc146987085)

[**ການເລືອກຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ** **8**](#_Toc146987086)

[**ການສົນທະນາສະມາຊິກໃໝ່ກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບ** **9**](#_Toc146987087)

[ການໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ທ່ານຕ້ອງການ 9](#_Toc146987088)

[**ການດູແລສຸກເສີນ** **9**](#_Toc146987089)

[**ການເບິ່ງແຍງດູແລເລັ່ງດ່ວນ** **10**](#_Toc146987090)

[**ການດູແລພິເສດ** **11**](#_Toc146987091)

[**ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະການຖືພາ ແລະ ເກີດລູກ** **11**](#_Toc146987092)

[**ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ** **11**](#_Toc146987093)

[**ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ຫ່າງຈາກເຮືອນ** **12**](#_Toc146987094)

[ເມື່ອ ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບຄ່າບໍລິການ 13](#_Toc146987095)

[**ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ** **13**](#_Toc146987096)

[**ການຈ່າຍຮ່ວມ** **13**](#_Toc146987097)

[ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* 14](#_Toc146987098)

[ບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ *[HMO]* 17](#_Toc146987099)

[**ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ສານເສບຕິດ** **17**](#_Toc146987100)

[**ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ** **17**](#_Toc146987101)

[**ການບໍລິການ HealthCheck** **17**](#_Toc146987102)

[**ການບໍລິການທັນຕະກໍາ** **18**](#_Toc146987103)

[ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ FORWARDHEALTH 20](#_Toc146987104)

[**ການບໍລິການການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກໍາ (ອໍຕີສຕິກ)** **21**](#_Toc146987105)

[**ການບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກ** **21**](#_Toc146987106)

[**ບໍລິການເລື່ອງການເດີນທາງ** **21**](#_Toc146987107)

[**ຜົນປະໂຫຍດຂອງຮ້ານຂາຍຢາ** **22**](#_Toc146987108)

[ການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* 22](#_Toc146987109)

[ການທົດແທນການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ 23](#_Toc146987110)

[ການຮັບເອົາຄວາມຄິດເຫັນທີສອງທາງການແພດ 23](#_Toc146987111)

[ການຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລ (ການປະສານງານ) 23](#_Toc146987112)

[ການເຮັດຕາມຄຳສັ່ງລ່ວງໜ້າ, ພິໄນກຳ ຫຼື ໜັງສືມອບອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ (POWER OF   
ATTORNEY FOR HEALTH CARE) 24](#_Toc146987113)

[ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການໃໝ່ 24](#_Toc146987114)

[ປະກັນໄພອື່ນໆ 25](#_Toc146987115)

[ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍ 25](#_Toc146987116)

[ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງ MEDICAID ຂອງທ່ານ 25](#_Toc146987117)

[ການຍົກເວັ້ນ HMO 25](#_Toc146987118)

[ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ 26](#_Toc146987119)

[**ຄຳຮ້ອງທຸກ** **26**](#_Toc146987120)

[**ການອຸທອນ** **27**](#_Toc146987121)

[**ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທໍາ** **29**](#_Toc146987122)

[ສິດຂອງທ່ານ 30](#_Toc146987123)

[ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ 33](#_Toc146987124)

[ສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນ *[HMO]* 33](#_Toc146987125)

[ການສໍ້ໂກງ ແລະ ການລະເມີດ 34](#_Toc146987126)

# ສຳຄັນ *[HMO PROGRAM NAME]* ເບີໂທລະສັບ

1. **ວິທີການຕິດຕໍ່ *[HMO]* ໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າ**

ເບີໂທລະສັບ: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**ໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າເພື່ອ:**

* ຄຳຖາມກ່ຽວກັບການເປັນສະມາຊິກ *[HMO]* ຂອງທ່ານ
* ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີໄດ້ຮັບການດູແລ
* ຊ່ວຍໃນການເລືອກແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ
* ຊ່ວຍໃນການຂໍບັດສະມາຊິກ *[HMO]* ໃໝ່
* ຊ່ວຍໃນການຂໍສຳເນົາເອກະສານຂອງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]*
* ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີນໍາ

ການໂທຫາເບີນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ລ່າມແປພາສາຟຣີແມ່ນມີໃຫ້ບໍລິການສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.

1. ***[HMO]* ສະມາຊິກສະໜັບສະໜູ**

ເບີໂທລະສັບ: 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**ໂທຫາສະມາຊິກສະໜັບສະໜູນເພື່ອ:**

* ຊ່ວຍແກ້ໄຂບັນຫາກ່ຽວກັບການຮັບການດູແລ
* ຊ່ວຍໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ
* ຊ່ວຍໃນການຮ້ອງຂໍອຸທອນ ຫຼື ກວດສອບການຕັດສິນຂອງ *[HMO]*

ການໂທຫາເບີນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ລ່າມແປພາສາຟຣີແມ່ນມີໃຫ້ບໍລິການສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.

1. ***[HMO]* ເບີໂທສຸກເສີນ**

ເບີໂທລະສັບ: 800-xxx-xxxx ໂທຫາໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ

TDD/TTY: 800-xxx-xxxx

**ໂທຫາເບີນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນອກໂມງເຮັດວຽກ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານກໍາລັງປະສົບກັບພາວະສຸກເສີນທາງການແພດຫຼືບໍ່.**

ການໂທຫາເບີນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ລ່າມແປພາສາຟຣີແມ່ນມີໃຫ້ບໍລິການສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.

**ຖ້າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນ, ໃຫ້ໂທຫາ 911**

# ເບີໂທລະສັບທີ່ສຳຄັນອື່ນໆ

1. **ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກ**

ເບີໂທລະສັບ: 800-362-3002 ຊົ່ວໂມງ: 8:00 ໂມງເຊົ້າ – 6:00 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ

TDD/TTY:

ອີເມລ: [memberservices@wisconsin.gov](mailto:memberservices@wisconsin.gov)

**ໂທຫາ ForwardHealth ໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າເພື່ອ:**

* ຄຳຖາມກ່ຽວກັບວິທີໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ
* ຄຳຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ForwardHealth
* ຊ່ວຍໃນການຂໍບັດ ForwardHealth ໃໝ່

1. **HMO ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນ**

ເບີໂທລະສັບ: 800-291-2002 ຊົ່ວໂມງ: 7:00 ໂມງເຊົ້າ – 6:00 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ

TDD/TTY:

**ໂທຫາ HMO ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນເພື່ອ:**

* ຂໍ້​ມູນ​ທົ່ວ​ໄປ​ກ່ຽວ​ກັບ​ອົງ​ການ​ດູແລ​ຮັກ​ສາ​ສຸ​ຂະ​ພາບ (HMOs) ແລະ ​ການ​ດູ​ແລ​ທີ່​ມີ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ
* ຊ່ວຍໃນການຍົກເລີກການລົງທະບຽນ ຫຼື ການຍົກເວັ້ນຈາກ *[HMO]* ຫຼືການ​ດູ​ແລ​ທີ່​ມີ​ການ​ຄຸ້ມ​ຄອງ
* ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງ *[HMO]*

1. **ສະຖານະຂອງໂຄງການ Wisconsin HMO ຜູ້ກວດກາ (Ombuds)**

ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເປັນກາງ, ສ່ວນຕົວ ແລະ ບໍ່ເປັນທາງການສຳລັບ ຄຳຖາມ ຫຼື ບັນຫາຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກ *[HMO]*.

ເບີໂທລະສັບ: 800-760-0001 ຊົ່ວໂມງ: 8:00 ໂມງເຊົ້າ – 4:30 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ

TDD/TTY:

**ໂທຫາໂຄງການ ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ເພື່ອ:**

* ຊ່ວຍແກ້ໄຂບັນຫາກ່ຽວກັບການດູແລ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກ *[HMO]*
* ຊ່ວຍເຂົ້າໃຈສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກຂອງທ່ານ
* ຊ່ວຍຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງ *[HMO]*

1. **ຜູ້ສະໜັບສະໜູນພາຍນອກ (Medicaid SSI ເທົ່ານັ້ນ)**

ເບີໂທລະສັບ: 800-708-3034 ຊົ່ວໂມງ: 8:30 ໂມງເຊົ້າ – 5:00 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກ

TDD/TTY:

**ໂທຫາ Medicaid SSI ຜູ້ສະໜັບສະໜູນພາຍນອກເພື່ອ:**

* ຊ່ວຍແກ້ໄຂບັນຫາກ່ຽວກັບການດູແລ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກ *[HMO]*
* ຊ່ວຍຍື່ນຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ
* ຊ່ວຍຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ ຫຼື ກວດສອບການຕັດສິນຂອງ *[HMO]*

# ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ *[HMO]*

ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ *[HMO Program Name]. [HMO]* ແມ່ນແຜນສຸຂະພາບທີ່ດໍາເນີນໂຄງການ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. BadgerCare Plus ແມ່ນໂຄງການດູແລສຸຂະພາບ. ມັນຊ່ວຍເດັກນ້ອຍ, ຄົນຖືພາ ແລະ ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າໃນລັດ Wisconsin. Medicaid SSI ແມ່ນ ໂຄງການທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ເສີມ (Supplemental Security Income) (SSI) ໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບ. [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

ປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້:

* ຮຽນຮູ້ພື້ນຖານກ່ຽວກັບ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI].*
* ເບິ່ງການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ *[HMO]* ແລະ ForwardHealth.
* ຮູ້ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ.
* ຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນ.

*[HMO]* ຈະຄຸ້ມຄອງຄວາມຕ້ອງການໃນການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ຂອງທ່ານ. Wisconsin Medicaid ຈະຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງຜ່ານ ForwardHealth. ເບິ່ງພາກສ່ວນ *ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ [HMO]* ແລະ *ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth* ໃນປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

**ການໃຊ້ບັດສະມາຊິກ *[HMO]* ຂອງທ່ານ** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

ທ່ານຈະໃຊ້ບັດສະມາຊິກ *[HMO]* ຂອງທ່ານ ເພື່ອຮັບການດູແລຈາກທ່ານໝໍ, ຄລີນິກ ແລະ ໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]*. ນີ້ແມ່ນລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ *[HMO]* ມີສັນຍານຳ ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

**ກະລຸນາເອົາບັດ *[HMO]* ຂອງທ່ານໄປນຳສະເໝີ. ສະແດງບັດທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລ.** ທ່ານອາດຈະມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບັດຂອງທ່ານຢູ່ກັບທ່ານ. ຖ້າບັດ *[HMO]* ຂອງທ່ານເສຍ, ໃຊ້ບໍ່ໄດ້ ຫຼື ຖືກລັກ, ກະລຸນາ *[insert instructions here]*.

## **ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ**

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ຂອງທ່ານ ຜ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]*. ແຕ່, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການບາງຢ່າງໂດຍໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ.

ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ ເພື່ອຮັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ລະບຸໄວ້ລຸ່ມນີ້:

* ການບໍລິການການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກໍາ (ອໍຕີສຕິກ)
* ການບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກ
* ການບໍລິການປັບຕົວໃນພາວະວິກິດ
* ການບໍລິການຟື້ນຟູສຸຂະພາບຈິດໃນຊຸມຊົນ
* ການບໍລິການຊຸມຊົນແບບຄົບວົນຈອນ
* ການບໍລິການທັນຕະກໍາ *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Hub and spoke ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານໃນການຟູແບບປະສົມປະສານ
* ການຈັດການບຳບັດດ້ວຍຢາ
* ການບໍລິການຢາ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ
* ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນທາງການແພດ
* ການປະສານງານການຝາກທ້ອງ
* ການປິ່ນປົວຄວາມປິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນທີ່ຢູ່ອາໄສ
* ການບໍລິການຕາມໂຮງຮຽນ
* ການຈັດການກໍລະນີເປົ້າໝາຍ
* ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບວັນນະໂລກ

ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານແຕກຕ່າງຈາກບັດ *[HMO]* ຂອງທ່ານ. ມັນເປັນບັດພລາດສະຕິກທີ່ມີຊື່ຂອງທ່ານຂຽນຢູ່ເທິງບັດ. ມັນຍັງມີຕົວເລກ 10 ຕົວເລກ ແລະ ແຖບແມ່ເຫຼັກ. ໃຫ້ເອົາບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານໄປນຳສະ  
ເໝີ. ສະແດງບັດທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄປຫາທ່ານໝໍ ຫຼື ໂຮງໝໍ ແລະ ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາ. ທ່ານອາດຈະມີບັນຫາໃນການຮັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີບັດຕິດຕົວມານຳ. ນອກຈາກນີ້, ໃຫ້ເອົາບັດປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານມີມາພ້ອມ. ເຊິ່ງອາດຈະລວມເຖິງບັດປະຈໍາຕົວຈາກ *[HMO Program]* ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບວິທີໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າບັດຂອງທ່ານເສຍ, ເສຍຫາຍ ຫຼື ຖືກລັກ, ໃຫ້ໂທຫາ ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 800-362-3002. ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ:

1. ເຂົ້າໄປ [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ສະມາຊິກ (Members) ຫຼື ໄອຄອນຢູ່ໃນສ່ວນກາງຂອງໜ້າ.
3. ເລື່ອນລົງ ແລະ ຄລິກໃສ່ແຖບ ຊັບພະຍາກອນ (Resources).
4. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (Find a Provider).
5. ພາຍໃຕ້ ໂຄງການ (Program), ເລືອກ BadgerCare/Medicaid.

ຫຼື ຕິດຕໍ່ ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 800-362-3002.

## **ການນໍາໃຊ້ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ**

ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ *[HMO],* ທ່ານຄວນໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈາກທ່ານໝໍ ແລະ ໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ *[HMO]*. ເບິ່ງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາສຳລັບລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັບຄົນເຈັບໃໝ່ຖືກເອີ້ນໃນລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແມ່ນລາຍຊື່ທ່ານໝໍ, ຄລີນິກ ແລະ ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ເພື່ອຮັບການບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ *[HMO]. [HMO]* ມີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເປັນພາສາ ແລະ ຮູບແບບຕ່າງໆ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາຢູ່ທີ່ *[insert URL]*. ສໍາລັບສໍາເນົາເອກະສານຂອງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ *[800-xxx-xxxx]*.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]* ມີຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງຫຼາຍວັດທະນະທໍາ. ເບິ່ງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ *[HMO]* ສຳລັບລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີພະນັກງານທີ່ເວົ້າພາສາໃດໜຶ່ງ ຫຼື ເຂົ້າໃຈວັດທະນະທໍາ ຫຼື ຄວາມເຊື່ອທາງສາ  
ສະໜາໃດໜຶ່ງ. ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຍັງສາມາດບອກທ່ານກ່ຽວກັບທີ່ພັກທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເໜີໃຫ້ໄດ້.

## **ການເລືອກຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ**

ເມື່ອທ່ານຕ້ອງການການດູແລ, ໃຫ້ໂທຫາ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ (primary care provider) (PCP) ຂອງທ່ານ   
ກ່ອນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນອາດຈະເປັນທ່ານໝໍ, ແພດພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆທີ່ໃຫ້,   
ຊີ້ນໍາ ຫຼື ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ. ທ່ານສາມາດເລືອກຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນໄດ້ຈາກລາຍຊື່ຜູ້  
ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]*. ໃຊ້ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັບຄົນເຈັບໃໝ່. ຖ້າທ່ານເປັນຊາວອິນເດຍອາລາສກາ ຫຼື ຊາວອາລາສກາ, ທ່ານສາມາດເລືອກເບິ່ງ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບສຳລັບຄົນອິນເດຍ (Indian Health Care Provider) ຢູ່ນອກ  
ເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

**ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ເພື່ອເລືອກ ຫຼື ປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ.** ທ່ານສາມາດຮັກສາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານໄດ້ ຖ້າພວກເຂົາເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ຈະຊ່ວຍທ່ານຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄປພົບແພດ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານອື່ນຫຼືບໍ່. ພວກເຂົາສາມາດສົ່ງຕໍ່ທ່ານໄດ້ ຖ້າຈໍາເປັນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະ ຫຼື ໂຮງໝໍ, ທ່ານຈະຕ້ອງມີການສົ່ງຕໍ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ. ໃຫ້ຈື່ວ່າ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກແພດເບິ່ງແຍງດູແລຂັ້ນຕົ້ນຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປພົບທ່ານໝໍອື່ນ.

ທ່ານອາດຈະໄປພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງໂດຍບໍ່ມີການສົ່ງຕໍ່ ທີ່ນອກເໜືອຈາກການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ. ອັນນີ້ອາດຈະເປັນ ໝໍສຸຕິແພດ ແລະ ນະລີແພດ (obstetrician and gynecologist) (OB/GYN), ພະຍາບານຜະດຸງຄັນ ຫຼື ໝໍຕໍາແຍທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ.

## **ການສົນທະນາສະມາຊິກໃໝ່ກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບ**

*[HMO]* ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໂດຍ *[insert contact method]* ເພື່ອໂອ້ລົມກັບທ່ານກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ສະພາບການດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບຊັບພະຍາກອນໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ຫຼື ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນສຸຂະພາບໃໝ່ຂອງທ່ານທີ່ອາດມີໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານ. ພວກເຂົາສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານບັນລຸເປົ້າໝາຍສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາ *[800-xxx-xxx]* ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນ.

# ການໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ທ່ານຕ້ອງການ

## **ການດູແລສຸກເສີນ**

ການດູແລສຸກເສີນແມ່ນການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທັນທີສໍາລັບການເຈັບປ່ວຍ, ການບາດເຈັບ, ອາການ ຫຼື ສະພາບທີ່ຮຸນແຮງຫຼາຍ. ຕົວຢ່າງບາງອັນໄດ້ແກ່:

* ອາການແຄ້ນຄໍ

**ຖ້າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນ, ໃຫ້ໂທຫາ 911**

* ອາການຊັກ
* ອາການຊັກເປັນເວລາດົນ ຫຼື ຊ້ຳໆ
* ກະດູກແຕກຢ່າງຮຸນແຮງ
* ແຜໄໝ້ຮຸນແຮງ
* ອາການບາດເຈັບຮຸນແຮງ
* ເລືອດອອກຫຼາຍ ຫຼື ຜິດປົກກະຕິ
* ສົງໄສອາການຫົວໃຈວາຍ
* ສົງໄສວ່າເປັນພິດ
* ສົງໄສວ່າເປັນພະຍາດຫຼອດເລືອດໃນສະໝອງ
* ຫາຍໃຈລຳບາກ
* ໝົດສະຕິ

**ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລສຸກເສີນ, ໃຫ້ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ໄວທີ່ສຸດ**. ລອງໄປຫາ *[HMO Program Name]* ໂຮງໝໍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າທ່ານເຮັດໄດ້. ຖ້າອາການຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດລໍຖ້າໄດ້, ໃຫ້ໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ (ໂຮງໝໍ, ທ່ານໝໍ ຫຼື ຄລີນິກ). **ໂທຫາ 911 ຫຼື ຕຳຫຼວດທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ພະແນກດັບເພີງບໍລິການສຸກເສີນຂອງທ່ານ ຖ້າເຫດການສຸກເສີນຮ້າຍແຮງຫຼາຍ ແລະ ທ່ານບໍ່ສາມາດໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດໄດ້.**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງໄປໂຮງໝໍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນທີ່ບໍ່ແມ່ນຂອງ *[HMO]*, ທ່ານ ຫຼືຄົນອື່ນຄວນໂທຫາ *[HMO]* ທີ່ເບີ   
***[800-xxx-xxxx]*** ທັນທີທີ່ທ່ານສາມາດແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ວ່າເກີດຫຍັງຂຶ້ນ.

ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການການອະນຸມັດຈາກ *[HMO]* ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະຮັບກາ ນດູແລສຸກເສີນ.

ໃຫ້ຈື່ວ່າ, ຫ້ອງສຸກເສີນຂອງໂຮງໝໍແມ່ນສຳລັບເຫດການສຸກເສີນທີ່ແທ້ຈິງເທົ່ານັ້ນ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າສະພາບຂອງທ່ານຮ້າຍແຮງຫຼາຍ, ໃຫ້ໂທຫາທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື ເບີສຸກເສີນ 24 ຊົ່ວໂມງຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປຫ້ອງສຸກເສີນ. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ຮູ້ວ່າອາການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານເປັນອາການສຸກເສີນຫຼືບໍ່, ໃຫ້ໂທ [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.]. ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານວ່າ ທ່ານຄວນໄປຮັບການດູແລຢູ່ໃສ. **ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ຖ້າທ່ານໄປຫ້ອງສຸກເສີນ ເພື່ອການດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນສຸກເສີນ.**

## **ການເບິ່ງແຍງດູແລເລັ່ງດ່ວນ**

ການເບິ່ງແຍງດູແລເລັ່ງດ່ວນ​ແມ່ນ​ການ​ດູ​ແລ​ການ​ເຈັບ​ປ່ວຍ, ການ​ບາດ​ເຈັບ ຫຼື​ ສະ​ພາບ​ການ​ທີ່​ຕ້ອງ​ການ​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທາງ​ການ​ແພດ​ທັນ​ທີ, ແຕ່​ບໍ່​ຈຳເປັນຕ້ອງ​ມີ​ການ​ດູ​ແລໃນ​ຫ້ອງ​ສຸກ​ເສີນ. ຕົວຢ່າງບາງອັນໄດ້ແກ່:

* ຮອຍຊ້ຳ
* ແຜໄໝ້ເລັກນ້ອຍ
* ບາດແຜເລັກນ້ອຍ
* ກະດູກແຕກສ່ວນໃຫຍ່
* ປະຕິກິລິຍາຂອງຢາສ່ວນໃຫຍ່
* ເລືອດອອກທີ່ບໍ່ຮຸນແຮງ
* ຂໍ້ພິກ

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢ່າງຮີບດ່ວນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]* ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາເພື່ອເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນ *[HMO]*. ຫ້າມໄປຫ້ອງສຸກເສີນຂອງໂຮງໝໍເພື່ອຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລເລັ່ງດ່ວນ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ *[HMO]* ກ່ອນ.

## **ການດູແລພິເສດ**

ຜູ້ຊ່ຽວຊານແມ່ນທ່ານໝໍທີ່ເປັນຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນດ້ານການແພດ. ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານຫຼາຍປະເພດ. ນີ້ແມ່ນບາງຕົວຢ່າງ:

* ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານເນື້ອງອກວິທະຍາ ທີ່ດູແລຜູ້ປ່ວຍທີ່ເປັນໂລກມະເລັງ.
* ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຫົວໃຈ ຜູ້ທີ່ດູແລຜູ້ປ່ວຍທີ່ເປັນໂລກຫົວໃຈ.
* ແພດສັນຍະກຳກະດູກ ຜູ້ທີ່ດູແລຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີສະພາບກະດູກ, ຂໍ້ຕໍ່ ຫຼື ກ້າມເນື້ອທີ່ໃດໜຶ່ງ.

ຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ. ສ່ວນໃຫຍ່ແລ້ວທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ແລະ *[HMO]* ກ່ອນທີ່ຈະໄປພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານ.

## **ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະການຖືພາ ແລະ ເກີດລູກ**

ແຈ້ງໃຫ້ *[HMO]* ແລະ ໜ່ວຍງານໃນຄາວຕີ້ ຫຼື ໃນຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານຮັບຮູ້ທັນທີ ຫາກທ່ານຖືພາ, ເພື່ອທີ່ທ່ານຈະສາມາດຮັບການດູແລພິເສດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານບໍ່ມີການຈ່າຍຄ່າທຳນຽມໃນເວລາທີ່ທ່ານຖືພາ.

ທ່ານຕ້ອງໄປທີ່ໂຮງໝໍ *[HMO]* ເພື່ອເກີດລູກຂອງທ່ານ. ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານຄວນໄປໂຮງໝໍໃດເມື່ອຮອດເວລາເກີດລູກ. ຢ່າອອກຈາກພື້ນທີ່ເພື່ອໄປເກີດລູກຂອງທ່ານ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກ *[HMO]*. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]* ຂອງທ່ານຮູ້ປະຫວັດຂອງທ່ານ ແລະ ເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ດີທີ່ສຸດໃນການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ລົມກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະເດີນທາງໃນເດືອນສຸດທ້າຍຂອງການຖືພາ. ການເດີນທາງໃນໄລຍະເດືອນສຸດທ້າຍຂອງການຖືພາເພີ່ມໂອກາດທີ່ລູກຂອງທ່ານຈະເກີດໃນຂະນະທີ່ທ່ານບໍ່ຢູ່ເຮືອນ. ຫຼາຍຄົນມີປະສົບການໃນການເກີດລູກທີ່ດີກວ່າເມື່ອພວກເຂົາໃຊ້ບໍລິການຂອງແພດ ແລະ ໂຮງໝໍທີ່ເບິ່ງແຍງພວກເຂົາໃນໄລຍະເວລາຕະຫຼອດການຖືພາ.

## **ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ**

ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກແມ່ນການຕິດຕໍ່ທາງສຽງ ແລະ ວິດີໂອກັບທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານໂດຍໃຊ້ໂທລະສັບ, ຄອມພິວເຕີ ຫຼື ແທັບເລັດຂອງທ່ານ. *[HMO]* ກວມເອົາການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ໃນຄຸນນະພາບດຽວກັນກັບການບໍລິການດ້ວຍຕົນເອງ. ອາດຈະເປັນການໄປພົບທ່ານໝໍ, ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ສານເສບຕິດ, ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານແຂ້ວ ແລະອື່ນໆ. ມີບາງການບໍລິການທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກໄດ້. ລວມເຖິງການບໍລິການທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕ້ອງສຳຜັດ ຫຼື ກວດສອບທ່ານ.

ທັງທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການເຂົ້າຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ ແລະ ໄປພົບໝໍດ້ວຍຕົນເອງແທນ. ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການດູແລ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* ຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ ຖ້າທ່ານປະຕິເສດການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານພຽງແຕ່ສະເໜີໃຫ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮັບການກວດດ້ວຍຕົນເອງ, ພວກເຂົາສາມາດສົ່ງຕໍ່ທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໄດ້.

*[HMO]* ແລະ Wisconsin ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medicaid ຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະຄວາມປອດໄພໃນເວລາໃຫ້ບໍລິການຜ່ານການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ.

## **ການເບິ່ງແຍງດູແລໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ຫ່າງຈາກເຮືອນ**

ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການເບິ່ງແຍງດູແລ, ແຕ່ຢູ່ໄກຈາກເຮືອນເກີນກວ່າທີ່ຈະໄປພົບແພດເບິ່ງແຍງດູແລຂັ້ນຕົ້ນ ຫຼື ຄລີນິກຕາມປົກກະຕິ:

* **ສຳລັບເຫດການສຸກເສີນທີ່ແທ້ຈິງ, ໄປຫາໂຮງໝໍ, ຄລີນິກ ຫຼື ທ່ານໝໍທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ.** ໂທຫາ *[HMO]* ທີ່ເບີ   
  *[800-xxx-xxxx]* ໃຫ້ໄວທີ່ສຸດເພື່ອບອກພວກເຮົາວ່າເກີດຫຍັງຂຶ້ນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລສຸກເສີນຢູ່ນ  
  ອກ Wisconsin, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບໃນເຂດທີ່ທ່ານຢູ່ສາມາດປິ່ນປົວທ່ານໄດ້ ແລະ ສົ່ງໃບບິນໄປໃຫ້ *[HMO].* ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ນອກ Wisconsin. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການຕ່າງໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການ ທີ່ຢູ່ນອກ Wisconsin, ໃຫ້ໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ *[800-xxx-xxxx]*.
* **ສໍາລັບການດູແລດ່ວນ ຫຼື ເປັນປົກກະຕິຢູ່ຫ່າງຈາກບ້ານ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ *[HMO]*** **ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປຫາທ່ານໝໍ, ຄລີນິກ ຫຼືໂຮງໝໍອື່ນ.** ນີ້ລວມເຖິງເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ໃຊ້ເວລາຢູ່ຫ່າງຈາກເຮືອນກັບພໍ່ແມ່   
  ຫຼື ພີ່ນ້ອງ. ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ ***[800-xxx-xxxx]*** ສຳລັບການອະນຸຍາດໃຫ້ໄປພົບທ່ານໝໍ, ຄລີນິກ ຫຼື   
  ໂຮງໝໍອື່ນ.
* **ສຳລັບການດູແລດ່ວນ ຫຼື ເປັນປົກກະຕິຢູ່ນອກສະຫະລັດ, ໃຫ້ໂທຫາ *[HMO]* ກ່ອນ.** *[HMO]* ບໍ່ຄຸ້ມຄອງກ  
  ານບໍລິການໃດໆທີ່ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ນອກສະຫະລັດ, ການາດາ ແລະ ເມັກຊິໂກ. ເຊິ່ງລວມເຖິງການບໍລິການສຸກເສີນ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການບໍລິການສຸກເສີນໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນການາດາ ຫຼື ແມັກຊິໂກ, *[HMO]* ຈະຄຸ້ມຄອງບໍລິກາ  
  ນກໍຕໍ່ເມື່ອມີທະນາຄານຂອງທ່ານໝໍ ຫຼື ໂຮງໝໍຢູ່ໃນສະຫະລັດອາເມລິກາ. ບໍລິການອື່ນໆອາດຈະໄດ້ຮັບກາ  
  ນຄຸ້ມຄອງ ໂດຍມີການອະນຸມັດຈາກ *[HMO]* ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມີທະນາຄານຢູ່ໃນສະຫະລັດ. ກະລຸນາໂທຫາ   
  *[HMO]* ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການສຸກເສີນໃດໜຶ່ງຢູ່ນອກສະຫະລັດ.

# ເມື່ອ ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບຄ່າບໍລິການ

## **ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ**

ດ້ວຍ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI],* ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ນອກເໜືອໄປຈາກການຈ່າຍຄ່າທຳນຽມທີ່ຈຳເປັນ.

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຕັມທີ່ຖ້າ:

* ການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຄອບຄູມຢູ່ພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI].*
* ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ຫຼື *[HMO],* ແຕ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ.
* *[HMO]* ພິຈາລະນາວ່າການບໍລິການນີ້ບໍ່ຈຳເປັນທາງດ້ານການແພດສຳລັບທ່ານ. ານບໍລິການ ຫຼື ອູປະກອນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອວິນິດໄສພະຍາດ ຫຼື ປິ່ນປົວສະພາວະ ໂລກພະຍາດ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ, ການບາດເຈັບ ຫຼື ອາການ.
* ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ *[HMO]*. ຫຼື ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ.

ທ່ານສາມາດຂໍການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງໄດ້ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຕັມໃຈທີ່ຈະຈ່າຍ. ທ່ານຈະຕ້ອງເຮັດແຜນການຊໍາລະເງິນເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຈະຮຽກເກັບເງິນກັບທ່ານຕາມຄ່າບໍລິການ ແລະ ຄ່າທຳນຽມປົກກະຕິສຳລັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

**ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນດີ, ກະລຸນາໂທຫາ *[800-xxx-xxxx]*.**

## **ການຈ່າຍຮ່ວມ**

ພາຍໃຕ້ BadgerCare Plus ແລະ Medicaid SSI, *[HMO]* ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຈະສົ່ງໃບຮຽກເກັບເງິນການຈ່າຍຮ່ວມຈາກທ່ານ. ການຈ່າຍຮ່ວມແມ່ນເປັນຈຳນວນເງິນຄົງທີ່ທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ການຈ່າຍຮ່ວມສຳລັບສະມາຊິກ *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* ປົກກະຕິແມ່ນ $3 ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ. ສະມາຊິກຕໍ່ໄປນີ້ **ບໍ່** ຕ້ອງຈ່າຍການຈ່າຍຮ່ວມ:

* ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນບ້ານພັກຄົນສະລາ
* ສະມາຊິກທີ່ເຈັບປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢູ່ທີ່ບ່ອນພັກຜູ້ປ່ວຍ
* ຜູ້ຍິງຖືພາ
* ສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 19 ປີ
* ເດັກນ້ອຍທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ ຫຼື ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການອຸປະຖຳ
* ຊາວໜຸ່ມຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນການອຸປະຖຳ ໃນວັນເກີດຄົບຮອບ 18 ປີຂອງພວກເຂົາ. ເຂົາເຈົ້າບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າ ທຳນຽມໃດໆຈົນຮອດອາຍຸ 26 ປີ.
* ສະມາຊິກທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໂດຍການລົງທະບຽນດ່ວນ
* ຊາວອິນເດຍອາເມຣິກາ ຫຼື ສະມາຊິກຊົນເຜົ່າພື້ນເມືອງອາລາສກ້າ, ເດັກນ້ອຍ ຫຼື ລູກຫຼານຂອງສະມາຊິກຊົນເຜົ່າ ຫຼື ໃຜກໍຕາມທີ່ສາມາດໄດ້ຮັບ ການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງຄົນອິນເດຍ (Indian Health Services). ອາຍຸ   
  ແລະ ລາຍໄດ້ບໍ່ສໍາຄັນ. ຂໍ້ກຳນົດນີ້ນຳໃຊ້ເມື່ອໄດ້ຮັບສິນຄ້າ ແລະ ການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ການບໍລິການ  
  ສຸຂະພາບຂອງຄົນອິນເດຍ (Indian Health Services) ຫຼື ຈາກໂຄງການ ການສັ່ງຊື້ ແລະ ການດູແລທີ່ອ້າງອີງ (Purchase and Referred Care).

# ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]*

[Note to HMO: Information you provide for these sections must be approved by the Department of Health Services. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນທີ່ສຸດ, ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid   
SSI]*. ເບິ່ງ *ການບໍລິການຄຸ້ມຄອງໂດຍ [HMO]* ໃນໜ້າ *[xx]* ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ *[HMO]*.

ບາງການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ ForwardHealth. ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃຫ້ເບິ່ງໜ້າ *[xx]*, *ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth*.

ບາງການບໍລິການຕ້ອງມີ **ການອະນຸມັດກ່ອນ**. ການອະນຸມັດກ່ອນແມ່ນ ການອະນຸມັດເປັນລາຍລັກອັກສອນສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາ. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການການອະນຸມັດກ່ອນຈາກ *[HMO]* ຫຼື ForwardHealth ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຕື່ມຂໍ້ມູນຕາມໃບສັ່ງແພດ.

|  |  |
| --- | --- |
| ການ​ບໍ​ລິ​ກາ​ນ | ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* |
| ການດູແລສູນຜ່າຕັດຜູ້ປ່ວຍນອກ | *[Add coverage policy]* |
| ການບໍລິການການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກໍາ (ອໍຕີສຕິກ) | ການຄຸ້ມຄອງເຕັມ (ດ້ວຍການອະນຸມັດກ່ອນ).  ບໍ່ມີການຈ່າຍຮ່ວມ  **\*ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth. ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານເພື່ອຮັບການບໍລິການນີ້** |
| ການບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກ | ການຄຸ້ມຄອງເຕັມ.  ການຈ່າຍຮ່ວມ: $.50 ຫາ $3 ຕໍ່ການບໍລິການ  **\*ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth. ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານເພື່ອຮັບການບໍລິການນີ້.** |
| ການບໍລິການທັນຕະກໍາ | *[If covered by HMO insert applicable information]*  *[If not covered by HMO insert the following:]*  ການຄຸ້ມຄອງເຕັມ.  ການຈ່າຍຮ່ວມ: $0.50 ຫາ $3 ຕໍ່ການບໍລິການ  **\*ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth. ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານເພື່ອຮັບການບໍລິການນີ້**  \*ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໜ້າ *[xx]* |
| ອຸປະກອນການແພດທີ່ໃຊ້ແລ້ວຖິ້ມ | *[Add coverage policy]* |
| ຢາ (ຕາມໃບສັ່ງແພດ ແລະ ຢາທີ່ບໍ່ມີໃບສັ່ງແພດ) | ການຄຸ້ມຄອງຢາສາມັນ ແລະ ຢາມີຫຍີ່ຫໍ້ຕາມໃບສັ່ງແພດ ແລະ ຢາບາງປະເພດທີ່ບໍ່ໄດ້ສັ່ງຈາກແພດ.  ການຈ່າຍຮ່ວມ: $0.50 ສຳລັບຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ສັ່ງຈາກແພດ.  $1 ສຳລັບຢາສາມັນ  $3 ສຳລັບຢາມີຫຍີ່ຫໍ້  ຄ່າທຳນຽມແມ່ນຈຳກັດຢູ່ທີ່ $12 ຕໍ່ສະມາຊິກ, ຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຕໍ່ເດືອນ. ຢາທີ່ບໍ່ມີໃບສັ່ງແພດ​ບໍ່​ໄດ້​ນັບ​ລວມເຂົ້າ​ໃນຈຳນວນເງີນ​ສູງ​ສຸດ $12.  ຈຳກັດການຕື່ມຢາ opioid ຫ້າຄັ້ງຕໍ່ເດືອນ.  \***ຄຸ້ມຄອງໂດຍ ForwardHealth. ໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານເພື່ອຮັບຢາ** |
| ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ | *[Add coverage policy]* |
| HealthCheck ການກວດສຸຂະພາບເດັກນ້ອຍ | *[Add coverage policy]*  \*ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໜ້າ *[xx]* |
| ການບໍລິການກວດເຊັກຄວາມສາມາດໃນການໄດ້ຍິນ | *[Add coverage policy]* |
| ບໍລິການດູແລໃນບ້ານ | *[Add coverage policy]* |
| ບ່ອນພັກຜູ້ປ່ວຍ | *[Add coverage policy]* |
| ບໍລິການໂຮງໝໍ: ຄົນເຈັບໃນ | *[Add coverage policy]* |
| ບໍລິການໂຮງໝໍ: ຄົນເຈັບນອກ | *[Add coverage policy]* |
| ການບໍລິການໂຮງໝໍ: ຫ້ອງສຸກເສີນ | *[Add coverage policy]* |
| ການຮັກສາສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ການຕິດສານເສບຕິດ | *[Add coverage policy]*  \*ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໜ້າ. *[xx]* |
| ການບໍລິການບ້ານພັກຄົນຊະລາ | *[Add coverage policy]* |
| ການບໍລິການຈາກທ່ານໝໍ | *[Add coverage policy]* |
| ການບໍລິການກວດພະຍາດຕີນ | *[Add coverage policy]* |
| ການດູແລກ່ອນເກີດ/ການເກີດລູກ | *[Add coverage policy]* |
| ການບໍລິການວາງແຜນການຈະເລີນພັນ ແລະ ການວາງແຜນຄອບຄົວ | *[Add coverage policy]*  \*ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໜ້າ. *[xx]* |
| ການກວດສາຍຕາເປັນປະຈຳ | *[Add coverage policy]*  \*ນຳໃຊ້ບາງການຈຳກັດ. ໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. |
| ການບຳບັດ:  ກາຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ,  ການບຳບັດການເວົ້າ ແລະ ພາສາ | *[Add coverage policy]* |
| ການຂົນສົ່ງ: ລົດໂຮງໝໍ, ລົດຂົນສົ່ງສະເພາະ, ລົດຂົນສົ່ງທົ່ວໄປ | ການຄຸ້ມຄອງເຕັມໃນການຂົນສົ່ງສຸກເສີນ ແລະ ບໍ່ສຸກເສີນໄປ ແລະ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.  ການຈ່າຍຮ່ວມ:  ການຈ່າຍຮ່ວມ $2 ສໍາລັບການເດີນທາງດ້ວຍລົດໂຮງໝໍທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ  ການຈ່າຍຮ່ວມ $1 ສໍາລັບການເດີນທາງດ້ວຍລົດຂົນສົ່ງສະເພາະ  ບໍ່ມີການຈ່າຍຮ່ວມສຳລັບລົດຂົນສົ່ງທົ່ວໄປ ຫຼື ລົດໂຮງໝໍສຸກເສີນ  \*ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໜ້າ. *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# ບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ *[HMO]*

## **ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ສານເສບຕິດ**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ແລະ ສານເສບຕິດ (ຢາເສບຕິດ ແລະ ເຫຼົ້າ) ແກ່ສະມາຊິກທຸກຄົນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ໂທຫາ [Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate]. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທັນທີ, ທ່ານສາມາດໂທຫາສາຍດ່ວນວິກິດທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ຫຼື ສາຍດ່ວນພະຍາບານ 24 ຊົ່ວໂມງທີ່ເບີ   
*[800-xxx-xxxx]*, ເຊິ່ງເປີດເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ.

ບໍລິການທັງໝົດທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍ *[HMO]* ແມ່ນເປັນແບບສ່ວນຕົວ.

## **ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວ**

[Note to HMO: The language you use in this section may vary based on which plan you are talking about. See the summary of covered services and copayments referenced in Addendum V. of the [DHS-HMO contract](https://www.forwardhealth.wi.gov/WIPortal/content/Managed%20Care%20Organization/Contracts/Home.htm.spage.%5d).]

*[HMO]* ໃຫ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວສ່ວນຕົວແກ່ສະມາຊິກທັງໝົດ, ລວມທັງຄົນທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການລົມກັບຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການວາງແຜນຄອບຄົວ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]*. ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານເລືອກ *[HMO]* ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວທີ່ແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາແນະນຳໃຫ້ທ່ານຮັບການບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ *[HMO]*. ມັນຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດປະສານງານກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານທັງໝົດໄດ້ດີກວ່າ. ແນວໃດກໍຕາມ, ທ່ານສາມາດໄປຫາຄລີນິກການວາງແຜນຄອບຄົວໃດໆກໍໄດ້ທີ່ຈະຮັບເອົາບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າຄລີນິກບໍ່ໄດ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ *[HMO]* ກໍຕາມ.

## **ການບໍລິການ HealthCheck**

HealthCheck ຄຸ້ມຄອງການກວດສຸຂະພາບສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ. ການກວດ HealthCheck, ຫຼື ເອີ້ນກັນວ່າ "ການກວດສຸຂະພາບເດັກ," ແມ່ນການໄປພົບທ່ານໝໍຂອງລູກ ຫຼື ລູກທີ່ເປັນໄວລຸ້ນຂອງທ່ານ ເມື່ອພວກເຂົາມີສຸຂະພາບດີ. ທ່ານໝໍຈະຖາມຄໍາຖາມ ແລະ ກວດເຊັກລູກຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລູກຂອງທ່ານມີສຸຂະພາບດີ ແລະ ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນທີ່ຖືກຕ້ອງເພື່ອສຸຂະພາບດີ. ມັນຄືເວລາທີ່ເໝາະສົມທີ່ຈະຖາມຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທີ່ທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານອາດຈະມີ. HealthCheck ຍັງຄຸ້ມຄອງການປິ່ນປົວສໍາລັບບັນຫາສຸຂະພາບຕ່າງໆທີ່ພົບໃນລະຫວ່າງການກວດ HealthCheck ຂອງລູກທ່ານ.

ໂຄງການ HealthCheck ມີສາມຈຸດປະສົງດັ່ງນີ້:

1. ເພື່ອຊອກຫາ ແລະ ປິ່ນປົວບັນຫາສຸຂະພາບສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 21 ປີ.
2. ເພື່ອແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການສຸຂະພາບພິເສດສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ.
3. ເພື່ອເຮັດໃຫ້ສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ ມີສິດໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບບາງຢ່າງທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ການກວດ HealthCheck ປະກອບມີ:

* ການສ້າງພູມຕ້ານທານທີ່ເໝາະສົມຕາມອາຍຸ (ສັກຢາ)
* ກວດເລືອດ ແລະ ກວດຍ່ຽວ
* ກວດສຸຂະພາບແຂ້ວ ແລະ ການສົ່ງຕໍ່ກັບທັນຕະແພດເລີ່ມຕົ້ນໃນອາຍຸ 1 ປີ
* ປະຫວັດສະຂຸພາບ ແລະ ພັດທະນາການ
* ການກວດເຊັກການໄດ້ຍິນ
* ກວດຮ່າງກາຍແຕ່ຫົວຫາຕີນ
* ການທົດສອບສານຕະກົວໃນເລືອດເດັກນ້ອຍອາຍຸ 1 ແລະ 2 ປີ ແລະເດັກນ້ອຍອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 6 ປີທີ່ບໍ່ເຄີຍໄດ້ຮັບການທົດສອບສານຕະກົວໃນເລືອດ.
* ການກວດເຊັກສາຍຕາ

ເພື່ອກຳນົດເວລາການກວດເຊັກ HealthCheck ຫຼື ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]*.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼື ມາຈາກການນັດໝາຍ HealthCheck, ກະລຸນາໂທຫາຜູ້ຈັດການ ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນທາງການແພດ (non-emergency medical transportation) ຂອງ Wisconsin (NEMT) ທີ່ ເບີ   
866-907-1493 (ຫຼື TTY 800-855-2880) ເພື່ອກຳນົດເວລາການເດີນທາງ.

## **ການບໍລິການທັນຕະກໍາ**

[Note to HMO: Use the first statement below if you provide dental services. Use the second statement if you do not provide dental services. If you provide dental services in only part of your service area, use both statements and list the appropriate counties with each statement.]

[Statement 1- if HMO covers dental in Milwaukee, Kenosha, Ozaukee, Racine, Washington, or Waukesha counties]

*[HMO]* ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ຄຸ້ມຄອງທັງໝົດຜ່ານ *[Dental Benefit Manager]*. ທ່ານຕ້ອງໄປຫາທັນຕະແພດ *[HMO or Dental Benefit Manager]*. ເບິ່ງລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ *[800-xxx-xxxx]* ສໍາລັບການສອບຖາມຊື່ຂອງທັນຕະແພດ *[HMO or Dental Benefit Manager]* ທີ່ທ່ານສາມາດໄປຫາໄດ້.

**ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳເປັນປະຈຳພາຍໃນ 90 ວັນຫຼັງຈາກຄຳຮ້ອງຂໍການນັດໝາຍຂອງທ່ານ**. ໂທຫາ *[HMO]* ທີ່ *[800-xxx-xxxx]* ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຮັບການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳພາຍໃນ 90 ມື້.

ໂທຫາຜູ້ຈັດການ Wisconsin ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນທາງການແພດ (non-emergency medical transportation) (NEMT) ທີ່ 866-907-1493 (ຫຼື TTY 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼືຈາກການໄ  
ປພົບທັນຕະແພດ. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເດີນທາງຮັບສົ່ງໄດ້.

**ຖ້າຫາກທ່ານມີເຫດການສຸກເສີນດ້ານທັນຕະກຳ, ທ່ານມີສິດໃນການປິ່ນປົວພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ນັບຈາກການຮ້ອງຂໍນັດໝາຍຂອງທ່ານ**. ພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳແມ່ນເຈັບແຂ້ວຮ້າຍແຮງ, ບວມ, ໄຂ້, ຕິດເຊື້ອ ຫຼື ແຂ້ວໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກໍາລັງມີເຫດສຸກເສີນດ້ານທັນຕະກຳ:

* ຖ້າຫາກທ່ານມີທັນຕະແພດຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກກັບ *[HMO/DBM]*:
* ໂທໄປທີ່ຫ້ອງການຂອງທັນຕະແພດ.
* ບອກຫ້ອງການຂອງທັນຕະແພດວ່າທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳ.
* ບອກຫ້ອງການທັນຕະແພດວ່າບັນຫາທາງທັນຕະກຳທີ່ແທ້ຈິງແມ່ນຫຍັງ. ເຊິ່ງອາດຈະແມ່ນບາງຢ່າງ ເຊັ່ນ: ການເຈັບແຂ້ວຮຸນແຮງ ຫຼື ໜ້າບວມ.
* ໂທຫາພວກເຮົາຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງສຳລັບການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳຂອງທ່ານ.
* ຖ້າຫາກຕອນນີ້ທ່ານຍັງບໍ່ມີທັນຕະແພດຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກກັບ *[HMO/DBM]*:
* ໂທຫາ [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]. ບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳ. ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງທັນຕະກຳ.
* ບອກພວກເຮົາ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼື ຈາກຫ້ອງການທັນຕະແພດ.

[Statement 2- for all other counties]

ການບໍລິການທັນຕະກໍາແມ່ນຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທ່ານ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານທັນຕະກໍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ລົງທະບຽນ Medicaid ເຊິ່ງຈະຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລົງທະບຽນ Medicaid:

1. ເຂົ້າໄປ [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ສະມາຊິກ (Members) ຫຼື ໄອຄອນຢູ່ໃນສ່ວນກາງຂອງໜ້າ.
3. ເລື່ອນລົງ ແລະ ຄລິກໃສ່ແຖບ ຊັບພະຍາກອນ (Resources).
4. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (Find a Provider).
5. ພາຍໃຕ້ ໂຄງການ (Program), ເລືອກ BadgerCare/Medicaid.

ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ 800-362-3002.

**ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳເປັນປະຈຳພາຍໃນ 90 ວັນຫຼັງຈາກຄຳຮ້ອງຂໍການນັດໝາຍຂອງທ່ານ**.   
ໂທຫາ ForwardHealth ບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 800-362-3002 ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຮັບການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳພາຍໃນ 90 ມື້.

ໂທຫາຜູ້ຈັດການ Wisconsin ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນທາງການແພດ (non-emergency medical transportation) NEMT ທີ່ 866-907-1493 (ຫຼື TTY 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼືຈາກການໄປພົບທັນຕະແພດ. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເດີນທາງຮັບສົ່ງໄດ້.

**ຖ້າຫາກທ່ານມີເຫດການສຸກເສີນດ້ານທັນຕະກຳ, ທ່ານມີສິດໃນການປິ່ນປົວພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ນັບຈາກການຮ້ອງຂໍນັດໝາຍຂອງທ່ານ**. ພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳແມ່ນເຈັບແຂ້ວຮ້າຍແຮງ, ບວມ, ໄຂ້, ຕິດເຊື້ອ ຫຼື ແຂ້ວໄດ້ຮັບບາດເຈັບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກໍາລັງມີເຫດສຸກເສີນດ້ານທັນຕະກຳ:

* ຖ້າທ່ານມີທັນຕະແພດຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກກັບ ForwardHealth:
* ໂທໄປທີ່ຫ້ອງການຂອງທັນຕະແພດ.
* ບອກຫ້ອງການຂອງທັນຕະແພດວ່າທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳ.
* ບອກຫ້ອງການທັນຕະແພດວ່າບັນຫາທາງທັນຕະກຳທີ່ແທ້ຈິງແມ່ນຫຍັງ. ເຊິ່ງອາດຈະແມ່ນບາງຢ່າງ ເຊັ່ນ: ການເຈັບແຂ້ວຮຸນແຮງ ຫຼື ໜ້າບວມ.
* ໂທຫາຜູ້ຈັດການ NEMT ທີ່ 866-907-1493 ຫຼື ForwardHealth ບໍລິການສະມາຊິກທີ່   
  800-362-3002 ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼື ຈາກການນັດໝາຍເລື່ອງທັນຕະກຳຂອງທ່ານ.
* ຖ້າຫາກຕອນນີ້ທ່ານຍັງບໍ່ມີທັນຕະແພດຜູ້ທີ່ເຮັດວຽກກັບ ForwardHealth:
* ໂທຫາ ForwardHealth ບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 800-362-3002. ບອກພວກເຂົາວ່າທ່ານ ຫຼື ລູກຂອງທ່ານແມ່ນຢູ່ໃນພາວະສຸກເສີນທາງທັນຕະກຳ. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງທັນຕະກໍາ.
* ແຈ້ງພວກເຂົາ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮັບສົ່ງໄປ ຫຼື ຈາກຫ້ອງການທັນຕະແພດ.

# ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ FORWARDHEALTH

[Note to HMO: Insert Dental services in this section if not covered by HMO]

## **ການບໍລິການການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກໍາ (ອໍຕີສຕິກ)**

ບໍລິການປິ່ນປົວພຶດຕິກຳແມ່ນຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus]*. ການບໍລິການການບຳບັດພຶດຕິກໍາແມ່ນຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອບຳບັດ ອໍຕີສຕິກ. ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການບຳບັດ ອໍຕີສຕິກ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ລົງທະບຽນ Medicaid ເຊິ່ງຈະຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລົງທະບຽນ Medicaid:

1. ເຂົ້າໄປ [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ສະມາຊິກ (Members) ຫຼື ໄອຄອນຢູ່ໃນສ່ວນກາງຂອງໜ້າ.
3. ເລື່ອນລົງ ແລະ ຄລິກໃສ່ແຖບ ຊັບພະຍາກອນ (Resources).
4. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (Find a Provider).
5. ພາຍໃຕ້ ໂຄງການ (Program), ເລືອກ BadgerCare/Medicaid.

ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ 800-362-3002.

## **ການບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກ**

ການບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກແມ່ນຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*. ທ່ານສາມາດຮັບບໍລິການບຳບັດໂດຍການຈັດກະດູກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ລົງທະບຽນ Medicaid ເຊິ່ງຈະຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການລົງທະບຽນ Medicaid:

1. ເຂົ້າໄປ [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov).
2. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ສະມາຊິກ (Members) ຫຼື ໄອຄອນຢູ່ໃນສ່ວນກາງຂອງໜ້າ.
3. ເລື່ອນລົງ ແລະ ຄລິກໃສ່ແຖບ ຊັບພະຍາກອນ (Resources).
4. ຄລິກທີ່ລິ້ງ ຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (Find a Provider).
5. ພາຍໃຕ້ ໂຄງການ (Program), ເລືອກ BadgerCare/Medicaid.

ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ ForwardHealth ການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ 800-362-3002.

## **ບໍລິການເລື່ອງການເດີນທາງ**

ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການ ການເດີນທາງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນທາງການແພດ (non-emergency medical transportation) (NEMT) ຜ່ານຜູ້ຈັດການ Wisconsin NEMT. ຜູ້ຈັດການ NEMT ຈະຈັດຫາ ແລະ ຈ່າຍຄ່າຮັບສົ່ງສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ສະມາຊິກທີ່ບໍ່ມີວິທີອື່ນທີ່ຈະໄປເຖິງບ່ອນນັ້ນ. NEMT ອາດລວມມີການເດີນທາງໂດຍໃຊ້:

* ການຂົນສົ່ງສາທາລະນະ ເຊັ່ນ: ລົດເມໃນເມືອງ
* ລົດໂຮງໝໍສຳລັບເຫດການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ
* ພາຫະນະທາງການແພດໂດຍສະເພາະ
* ພາຫະນະປະເພດອື່ນໆ, ຂຶ້ນກັບຄວາມຈຳເປັນດ້ານການແພດ ແລະ ການເດີນທາງຂອງສະມາຊິກ

ຖ້າທ່ານມີລົດ ແລະ ສາມາດຂັບໄປເອງຕາມນັດໝາຍຂອງທ່ານໄດ້ ແຕ່ບໍ່ມີເງິນຈ່າຍຄ່ານ້ຳມັນ, ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍຕາມໄລຍະທາງ (ເງິນຄ່ານໍ້າມັນ).

ທ່ານຕ້ອງກຳນົດເວລາການເດີນທາງຢ່າງໜ້ອຍສອງວັນທາງລັດຖະການກ່ອນການນັດໝາຍຂອງທ່ານ. ໂທຫາຜູ້ຈັດການ NEMT ທີ່ເບີ 866-907-1493 (ຫຼື TTY 711), ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, ເວລາ 7 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 6 ໂມງແລງ. ທ່ານອາດຈະສາມາດກຳນົດເວລາການເດີນທາງສຳລັບການນັດໝາຍທີ່ເລັ່ງດ່ວນໄດ້. ການເດີນທາງໄປຕາມການນັດໝາຍທີ່ເລັ່ງດ່ວນຈະສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ພາຍໃນສາມຊົ່ວໂມງ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່ານັ້ນ.

## **ຜົນປະໂຫຍດຂອງຮ້ານຂາຍຢາ**

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO Name]*, ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ທັນຕະແພດ. ທ່ານສາມາດຮັບເອົາໃບສັ່ງຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ລາຍການຢາທີ່ບໍ່ມີໃບສັ່ງແພດຢູ່ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຍອມຮັບບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ.

ທ່ານອາດຈະມີຄ່າການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ມີຂີດຈຳກັດຕໍ່ກັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ເຖິງວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າການຮ່ວມຈ່າຍໄດ້, ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* ຫຼື ການຊໍາລະຄ່າທຳນຽມຢາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ການບໍລິການສະມາຊິກ ForwardHealth ທີ່ 800-362-3002.

# ການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]*

ການບໍລິການຂ້າງລຸ່ມນີ້ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*:

* ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ
* ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ *[HMO]* ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ເມື່ອຕ້ອງມີການອະນຸມັດ
* ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດໍາລົງຊີວິດປົກກະຕິ ເຊັ່ນ: ຄ່າເຊົ່າ ຫຼື ຈໍານອງ, ອາຫານ, ສາທາລະນະສຸກ, ການບັນເທີງ, ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ, ເຄື່ອງເຟີນີເຈີ, ອຸປະກອນຂອງຄອບຄົວ ແລະ ປະກັນໄພ
* ການບໍລິການ ຫຼື ຂັ້ນຕອນການທົດລອງກ່ຽວກັບຄວາມງາມ
* ການຮັກສາ ຫຼື ການປິ່ນປົວພາວະການມີລູກຍາກ
* ຄືນພາວະການການຈະເລີນພັນຈາກການເປັນໝັນແບບສະໝັກໃຈ
* ສຸຂະພາບຈິດຂອງຜູ້ປ່ວຍທີ່ຢູ່ໃນຫ້ອງພັກໂຮງໝໍສໍາລັບສະມາຊິກອາຍຸ 22-64 ປີ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະຈັດສັນໃຫ້ໜ້ອຍກວ່າ 15 ມື້ແທນທີ່ການປິ່ນປົວແບບດັ້ງເດີມ.
* ຄ່າຫ້ອງ ແລະ ອາຫານ

# ການທົດແທນການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ

*[HMO]* ອາດຈະຄຸ້ມຄອງບາງການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ສຳລັບການດູແລທີ່ປົກກະຕິບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃນ Wisconsin Medicaid. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າ “ການທົດແທນ” ການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ.

ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ທົດແທນການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid SSI:

* ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດຜູ້ປ່ວຍໃນຢູ່ໃນ ສະຖາບັນພະຍາດທາງຈິດ (institute of mental disease) (IMD) ສໍາລັບບຸກຄົນອາຍຸ 22-64 ປີ ເປັນເວລາບໍ່ເກີນ 15 ມື້ໃນໜຶ່ງເດືອນ.
* ການປິ່ນປົວທາງດ້ານຄລີນິກໃນຊຸມຊົນແບບກຶ່ງສາຫັດ (ການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດໃນທີ່ຢູ່ອາໄສໄລຍະສັ້ນ).

ການຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ "ທົດແທນ" ແມ່ນເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ ແມ່ນຄວາມພະຍາຍາມຂອງທີມງານ. *[HMO]* ຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍທ່ານເລືອກໃຫ້ດີທີ່ສຸດ. **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເລືອກບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໜຶ່ງໃນສະຖານທີ່ປິ່ນປົວ ຫຼື ການປິ່ນປົວເຫຼົ່ານີ້.**

# ການຮັບເອົາຄວາມຄິດເຫັນທີສອງທາງການແພດ

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ກັບຄຳແນະນຳການປິ່ນປົວຂອງທ່ານໝໍຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະສາມາດໄດ້ຮັບຄວາມຄິດເຫັນທີສອງທາງການແພດ. ຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ສໍາລັບຂໍ້ມູນ.

# ການຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລ (ການປະສານງານ)

ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງ *[HMO]*, ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງທີມງານຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລໄດ້. ການຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລແມ່ນການບໍລິການຟຣີສໍາລັບສະມາຊິກ *[HMO]*. ມັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານກໍານົດ ແລະ ຕອບສະໜອງເປົ້າໝາຍສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີຂອງທ່ານ. ທີມງານຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລຍັງຈະຕິດຕໍ່ທ່ານໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ການບໍລິການຊຸມຊົນ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອສັງຄົມ.

ເມື່ອທ່ານສະໝັກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຕິດຕໍ່ ຫຼື ໂທຫາເພື່ອສົນທະນາກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບສະເພາະຂອງທ່ານ. ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ຈະຕອບສະໜອງເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ວິທີທີ່ຈະຕອບສະ ໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານໄດ້ດີທີ່ສຸດ. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາທີມງານຈັດການຄຸ້ມຄອງການດູແລໂດຍກົງໄດ້ທີ່ເບີ   
*[800-xxx-xxxx].*

ຜູ້ຈັດການຄຸ້ມຄອງດູແລຂອງທ່ານຍັງສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານປ່ຽນຈາກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວອື່ນໆໄປເປັນເຮືອນໄດ. ໂທຫາຜູ້ຈັດການການດູແລຂອງທ່ານທີ່ *[insert phone number or other instructions]* ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຖ້າທ່ານນອນໂຮງໝໍ.

# ການເຮັດຕາມຄຳສັ່ງລ່ວງໜ້າ, ພິໄນກຳ ຫຼື ໜັງສືມອບອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະເຮັດຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົວເອງ. ບາງຄັ້ງຄົນເຮົາບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈເລື່ອງການດູແລສຸຂະພາບດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ຍ້ອນອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ພະຍາດຮ້າຍແຮງ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເວົ້າສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເກີດຂຶ້ນໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້. ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານສາມາດພັດທະນາ "ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ."

ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າມີຫຼາຍປະເພດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ແລະ ຊື່ທີ່ແຕກຕ່າງ. ເອກະສານທີ່ເອີ້ນວ່າ “ພິໄນກຳ” ແລະ “ໜັງສືມອບອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ (power of attorney for health care)” ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ.

ທ່ານຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າຫຼືບໍ່. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດອະທິບາຍວິທີການສ້າງ ແລະ ນໍາໃຊ້ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ. ແຕ່, ພວກເຂົາບໍ່ສາມາດບັງຄັບທ່ານໃຫ້ມີ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານແຕກຕ່າງອອກໄປຖ້າທ່ານບໍ່ມີ.

ຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວໃຊ້ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາແບບຟອມໃຊ້ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າໄດ້ຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ ພະແນກບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ (Department of Health Service) ຂອງ   
Wisconsin (DHS) ທີ່ [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm).

ທ່ານມີສິດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ ພະແນກຮັບປະກັນຄຸນະພາບຂອງ (Division of Quality Assurance) DHS ຖ້າຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ, ພິໄນກຳ ຫຼື ໜັງສືມອບອຳນາດສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບບໍ່ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຕາມ. ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ໂດຍການໂທຫາ ພະແນກຮັບປະກັນຄຸນະພາບຂອງ (Division of Quality Assurance) DHS ທີ່ເບີ 800-642-6552.

# ການປິ່ນປົວ ແລະ ການບໍລິການໃໝ່

*[HMO]* ມີຂະບວນການກວດສອບການບໍລິການ ແລະ ການປິ່ນປົວປະເພດໃໝ່. ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຂະບວນການກວດສອບ, *[HMO]*:

* ການກວດສອບທາງການວິທະຍາສາດ ແລະ ມາດຕະຖານການດູແລເພື່ອຮັບປະກັນວ່າການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບໍລິການໃໝ່ແມ່ນປອດໄພ ແລະ ເປັນປະໂຫຍດ.
* ເບິ່ງວ່າລັດຖະບານໄດ້ອະນຸມັດການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບໍລິການແລ້ວຫຼືບໍ່.

[Note to HMO: Include additional language in this section for any plan specific policies and procedures related to review of new technologies or treatments.]

# ປະກັນໄພອື່ນໆ

ແຈ້ງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນນອກຈາກ *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]*. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງອອກໃບບິນຄ່າປະກັນໄພອື່ນຂອງທ່ານກ່ອນອອກໃບບິນ *[HMO]*. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]* ຂອງທ່ານບໍ່ຍອມຮັບປະກັນໄພອື່ນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນ HMO ທີ່ເບີ   
800-291-2002. ພວກເຂົາສາມາດບອກທ່ານກ່ຽວກັບວິທີການນໍາໃຊ້ແຜນປະກັນທັງສອງໄດ້.

# ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍ

ຖ້າທ່ານກໍາລັງວາງແຜນທີ່ຈະຍ້າຍອອກ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ທາງຄາວຕີ້ ຫຼື ອົງການຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ໃນຄາວຕີ້ອື່ນ, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບຄາວຕີ້ ຫຼື ອົງການຊົນເຜົ່າໃນຄາວຕີ້ໃໝ່ຂອງທ່ານເພື່ອອັບເດດສິດຂອງທ່ານສຳລັບ   
BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid SSI.

ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງ *[HMO]*, ໃຫ້ໂທຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນ HMO ທີ່ເບີ   
800-291-2002. ພວກເຂົາຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເລືອກ HMO ໃໝ່ທີ່ໃຫ້ບໍລິການພື້ນທີ່ໃໝ່ຂອງທ່ານ.

# ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງ MEDICAID ຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຍ້າຍຈາກ ForwardHealth ຫຼື *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO ໄປຫາ *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO ໃໝ່, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະ:

* ການສືບຕໍ່ໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງບໍລິການໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານເປັນເວລາ 90 ວັນ. ກະລຸນາໂທຫາ HMO ໃໝ່ຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານລົງທະບຽນເພື່ອໃຫ້ພວກເຂົາຮູ້ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານແມ່ນໃຜ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນີ້ຍັງບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ HMO ຫຼັງຈາກ 90 ມື້, ທ່ານຈະຕ້ອງເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃໝ່ທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ HMO.
* ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການເພື່ອຫຼີກເວັ້ນຄວາມສ່ຽງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຮ້າຍແຮງ ຫຼື ການເຂົ້າໂຮງໝໍ.

ໂທຫາ *[HMO]* ໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

# ການຍົກເວັ້ນ HMO

*[HMO]* ແມ່ນ ອົງການຮັກສາດູແລສຸຂະພາບ (health maintenance organization) ຫຼື HMO. HMOs ແມ່ນບໍລິສັດປະກັນໄພທີ່ໃຫ້ບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເລືອກ.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງລົງທະບຽນໃນ HMO ເພື່ອຮັບຜົນປະໂຫຍດການດູແລສຸຂະພາບຜ່ານ BadgerCare   
Plus ແລະ Medicaid SSI. ການຍົກເວັ້ນ HMO ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຂົ້າຮ່ວມ HMO ເພື່ອຮັບຜົນປະໂຫຍດ BadgerCare Plus ຫຼື Medicaid SSI ຂອງທ່ານ. ການຍົກເວັ້ນສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນຈະໄດ້ຮັບພຽງແຕ່ໄລຍະເວລາສັ້ນໆເທົ່ານັ້ນ. ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວມັນຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສາມາດເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໄດ້ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະລົງທະບຽນຢູ່ໃນ HMO. ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຍົກເວັ້ນຈາກການລົງທະບຽນໃນ HMO, ໂທຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນ HMO ທີ່ເບີ 800-291-2002 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

# ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ

## **ຄຳຮ້ອງທຸກ**

**ການຮ້ອງທຸກແມ່ນຫຍັງ?**

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຍື່ນການຮ້ອງທຸກຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບແຜນການ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ການຮ້ອງທຸກແມ່ນການຮ້ອງຮຽນຕ່າງໆກ່ຽວກັບ *[HMO]* ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານອາດຈະຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິ່ງຕ່າງໆເຊັ່ນວ່າຄຸນນະພາບຂອງການບໍລິການ ຫຼື ການດູແລ, ຄວາມຫຍາບຄາຍຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ພະນັກງານ ແລະ ການບໍ່ເຄົາລົບສິດທິຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກ.

**ໃຜສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ແດ່?**

ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ, ຜູ້ມີອຳນາດຕັດສິນໃຈທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຍັງສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໃຫ້ທ່ານໄດ້ເຊັ່ນກັນ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານເພື່ອຂໍການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ ຖ້າຕົວແທນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດສົ່ງການຮ້ອງທຸກໃຫ້ທ່ານ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ເມື່ອໃດ?**

ທ່ານ (ຫຼື ຕົວແທນຂອງທ່ານ) ສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ທຸກເວລາ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ *[HMO]* ໄດ້ແນວໃດ?**

ໂທ​ຫາ *[HMO]* ສະ​ມາ​ຊິກສະໜັບສະໜູນທີ່​ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ຫຼື ​ຂຽນ​ຫາ​ພວກ​ເຮົາ​ທີ່​ຢູ່​ດັ່ງ​ຕໍ່​ໄປ​ນີ້ ​ຖ້າ​ຫາກ​ວ່າ​ທ່ານ​ມີການຮ້ອງທຸກ:

*[HMO Name and Mailing Address]*

ຖ້າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ *[HMO]*, ທ່ານຈະມີໂອກາດທີ່ຈະປາກົດຕົວຕໍ່ໜ້າ *ຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການຂໍອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee)* ຂອງ [HMO]. *[HMO]* ຈະມີເວລາ 30 ວັນນັບຈາກມື້ທີ່ໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານຕັດສິນໃຈແກ້ໄຂການຮ້ອງທຸກໄດ້.

**ໃຜສາມາດຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້ແດ່?**

ຜູ້ສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກຂອງ *[HMO]* ສາມາດເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການລົມກັບຄົນພາຍນອກ *[HMO]* ກ່ຽວກັບບັນຫາ, ທ່ານສາມາດໂທຫາໂຄງການ Wisconsin HMO  
 ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ທີ່ 800-760-0001. ໂຄງການ ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼືຂຽນການຮ້ອງທຸກຢ່າງເປັນທາງການໄປຫາ *[HMO]*. ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ Medicaid SSI, ທ່ານສາມາດໂທຫາ SSI ຜູ້ສະໜັບສະໜູນພາຍນອກທີ່ 800-928-8778 ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ.

**ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕອບຂອງ *[HMO]*?**

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບ *[HMO]* ຄຳຕອບຕໍ່ການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານກັບ ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບຂອງ Wisconsin )Wisconsin Department of Health Services( (DHS) ໄດ້.

**ຂຽນຫາ:** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**ຫຼື ໂທຫາ:** 800-760-0001

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິບັດແຕກຕ່າງອອກໄປບໍ່ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຍື່ນການຮ້ອງທຸກ?**

ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດທິ່ແຕກຕ່າງຈາກສະມາຊິກອື່ນໆຍ້ອນວ່າທ່ານຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຮ້ອງທຸກ. ຜົນປະໂຫຍດການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ.

## **ການອຸທອນ**

**ການຂໍອຸທອນແມ່ນຫຍັງ?**

ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນໃຈຈາກ *[HMO]*. ການຂໍອຸທອນແມ່ນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ *[HMO]* ທົບທວນຄືນການຕັດສິນໃຈທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລິການຂອງທ່ານ. ການຕັດສິນໃຈເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າ **ການກໍານົດຜົນປະໂຫຍດດ້ານລົບ**.

**ການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດດ້ານລົບ** ແມ່ນຢ່າງໃດຢ່າງໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

* *[HMO]* ວາງແຜນທີ່ຈະຢຸດ, ງົດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຕອນນີ້.
* *[HMO]* ຕັດສິນທີ່ຈະປະຕິເສດບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍ.
* *[HMO]* ຕັດສິນທີ່ຈະບໍ່ຊຳລະຄ່າບໍລິການ.
* *[HMO]* ຂໍໃຫ້ທ່ານຊຳລະເງິນໃນຈຳນວນທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຄ້າງຊຳລະ.
* *[HMO]* ຕັດສິນໃຈປະຕິເສດການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນເຄືອຂ່າຍເມື່ອທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຂດຊົນນະບົດທີ່ມີ HMO ບ່ອນດຽວເທົ່ານັ້ນ.
* *[HMO]* ບໍ່ໄດ້ຈັດ ຫຼື ໃຫ້ບໍລິການໃຫ້ທັນເວລາ.
* *[HMO]* ບໍ່ກົງກັບໄລຍະເວລາທີ່ກໍານົດໄວ້ເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈ ຫຼື ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

*[HMO]* ຈະສົ່ງຈົດໝາຍຫາທ່ານ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການກຳນົດຜົນປະໂຫຍດດ້ານລົບ.

**ໃຜສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນໄດ້?**

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ. ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ, ຜູ້ມີອຳນາດຕັດສິນໃຈທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຍັງສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນໃຫ້ທ່ານໄດ້ເຊັ່ນກັນ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ເພື່ອຂໍການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ ຖ້າຕົວແທນ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນໃຫ້ທ່ານ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນໄດ້ເມື່ອໃດ?**

ທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ) ຕ້ອງຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນພາຍໃນ 60 ວັນຈາກວັນທີໃນຈົດໝາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ທີ່ໄດ້ອະທິບາຍການພິຈາລະນາຜົນປະໂຫຍດດ້ານລົບ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຍື່ນການຂໍອຸທອນກັບ [HMO] ໄດ້ແນວໃດ?**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອຸທອນການພິຈາລະນາຜົນປະໂຫຍດທາງລົບ, ທ່ານສາມາດໂທຫາ *[HMO]* ສະມາຊິກສະໝັບສະໜູນທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ຫຼື ຂຽນໄປທີ່ທີ່ຢູ່ຕໍ່ໄປນີ້:

*[HMO Name and Mailing Address]*

ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນກັບ *[HMO]*, ທ່ານຈະມີໂອກາດໄດ້ຂໍອຸທອນດ້ວຍຕົນເອງຕໍ່ໜ້າ ຄະນະກໍາມະການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການຂໍອຸທອນ (Grievance and Appeal Committee) ຂອງ *[HMO]*. ຫຼັງຈາກການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຖືກຮ້ອງຂໍ, *[HMO]* ຈະມີເວລາ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນເພື່ອໃຫ້ທ່ານຕັດສິນໃຈ.

**ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈເປັນເວລາ 30 ມື້ໄດ້?**

ຖ້າທ່ານ ຫຼື ທ່ານໝໍຂອງທ່ານຄິດວ່າການລໍຖ້າ 30 ມື້ອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມສາມາດໃນການປະຕິບັດກິດຈະກໍາປະຈໍາວັນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການອຸທອນຢ່າງໄວວາໄດ້. ຖ້າ *[HMO]* ຕົກລົງວ່າທ່ານຕ້ອງການຂໍອຸທອນຢ່າງວ່ອງໄວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ.

**ໃຜສາມາດຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນແດ່?**

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນຄໍາຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ, ກະລຸນາໂທຫາ *[HMO]* ສະມາຊິກສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]*.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເວົ້າກັບຄົນພາຍນອກ *[HMO]*, ທ່ານສາມາດໂທຫາ BadgerCare Plus ແລະ Medicaid SSI   
ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ທີ່ 800-760-0001. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Medicaid SSI, ທ່ານຍັງສາມາ  
ດໂທຫາທີ່ປຶກສາພາຍນອກຂອງ SSI ໄດ້ທີ່ເບີ 800-708-3034 ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບໍ?**

ຖ້າ *[HMO]* ຕັດສິນໃຈຢຸດ, ໂຈະ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຢູ່, ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ທ່ານ​ຈະ​ຕ້ອງ​ສົ່ງການ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ຂອງ​ທ່ານ​ທາງ​ໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ​ອີ​ເມລ​​ ​ພາຍ​ໃນ​ເວລາທີ່ກຳນົດ, ຂຶ້ນກັບວ່າໂຕໃດຈະເກີດຂຶ້ນພາຍຫຼັງ:

* ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນວັນທີ *[HMO]* ມີແຜນທີ່ຈະຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ
* ພາຍໃນ 10 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບແຈ້ງການວ່າການບໍລິການຂອງທ່ານຈະຫຼຸດລົງ

ຖ້າການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານບໍ່ເຂົ້າຂ້າງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍ *[HMO]* ກັບຄືນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຂໍອຸທອນ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບການປະຕິບັດທີ່ແຕກຕ່າງອອກໄປບໍ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ?**

ທ່ານຈະບໍ່ຖືກປະຕິບັດທີ່ແຕກຕ່າງຈາກສະມາຊິກຄົນອື່ນໆ ເພາະວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ. ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ.

**ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?**

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທຳກັບ Wisconsin ພະແນກການໄຕ່ສວນ ແລະ ການອຸທອນ (Division of Hearing and Appeals) ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທໍາຂ້າງລຸ່ມນີ້.

## **ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທໍາ**

**ການໄຕ່ສວນທີ່ຍຸຕິທໍາແມ່ນຫຍັງ?**

ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາແມ່ນການທົບທວນການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ຕໍ່ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໂດຍ ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ (Administrative Law Judge) ໃນເຂດທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. **ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການຂໍອຸທອນຕໍ່ *[HMO]* ກ່ອນທີ່ຈະຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ.**

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໄດ້ເມື່ອໃດ?**

ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາພາຍໃນ 90 ວັນນັບຈາກວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໄດ້ແນວໃດ?**

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ, ສົ່ງຄຳຮ້ອງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນເຖິງ:

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

ທ່ານມີສິດໃນການປາກົດຕົວໃນການໄຕ່ສວນ ແລະ ທ່ານສາມາດເອົາໝູ່ເພື່ອນມາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການຈັດສັນພິເສດສໍາລັບຜູ້ພິການ ຫຼື ສໍາລັບການແປພາສາ, ກະລຸນາໂທຫາ 608-266-7709.

**ໃຜສາມາດຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ?**

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຂຽນຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ, ກະລຸນາໂທຫາ BadgerCare Plus ແລະ Medicaid SSI ຜູ້ກວດກາ (Ombuds) ທີ່ເບີ 800-760-0001. ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ Medicaid SSI, ທ່ານສາມາດໂທຫາ SSI ຜູ້ສະໜັບສະໜູນພາຍນອກທີ່ 800-708-3034 ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.

**ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນລະຫວ່າງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບໍ?**

ຖ້າ *[HMO]* ຕັດສິນໃຈຢຸດ, ໂຈະ ຫຼື ຫຼຸດຜ່ອນການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນປະຈຸບັນ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງ *[HMO]* ການຂໍອຸທອນ ແລະ ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ການບໍລິການສືບຕໍ່ໄປໃນລະຫວ່າງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳຂອງທ່ານ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ການບໍລິການໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນ *[HMO]* ຂອງທ່ານແລ້ວກໍຕາມ. ທ່ານ​ຈະ​ຕ້ອງ​ສົ່ງການ​ຮ້ອງ​ຂໍ​ຂອງ​ທ່ານ​ທາງ​ໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ​ອີ​ເມລ​​ ​ພາຍ​ໃນ​ເວລາທີ່ກຳນົດ, ຂຶ້ນກັບວ່າໂຕໃດຈະເກີດຂຶ້ນພາຍຫຼັງ:

* ພາຍໃນ ຫຼື ກ່ອນວັນທີ *[HMO]* ມີແຜນທີ່ຈະຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການຂອງທ່ານ
* ພາຍໃນ 10 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບແຈ້ງການວ່າການບໍລິການຂອງທ່ານຈະຫຼຸດລົງ

ຖ້າການຕັດສິນໃຈຂອງຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານບໍ່ເຂົ້າຂ້າງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍ *[HMO]* ໃຫ້ກັບບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຂໍອຸທອນ.

**ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກປະຕິບັດແຕກຕ່າງອອກໄປບໍ່ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ?**

ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດທິ່ແຕກຕ່າງຈາກສະມາຊິກອື່ນໆຍ້ອນວ່າທ່ານຍື່ນຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳ. ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ.

# ສິດຂອງທ່ານ

1. **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນວິທີທີ່ໄດ້ຜົນສໍາລັບທ່ານ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະມີລ່າມແປພາສາຢູ່ກັບທ່ານໃນລະຫວ່າງການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງ *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI]*.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການໄດ້ຮັບປຶ້ມຄູ່ມືສະມາຊິກນີ້ເປັນພາສາ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ.

1. **ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການປະຕິບັດດ້ວຍກຽດສັກສີ, ເຄົາລົບ ແລະ ຍຸຕິທໍາ ແລະ ຄຳນຶງເຖິງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານຈະປາສະຈາກການເລືອກປະຕິບັດ. *[HMO]* ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍທີ່ປົກປ້ອງທ່ານຈາກການເລືອກປະຕິບັດ ແລະ ການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເປັນທຳ*. [HMO]* ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແກ່ສະມາຊິກທຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງສິ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
  + ອາຍຸ
  + ສີຜິວ
  + ຄວາມພິການ
  + ຊາດກຳເນີດ
  + ເຊື້ອຊາດ
  + ເພດ
  + ສາສະໜາ
  + ລົດສະນິຍົມທາງເພດ
  + ບົດບາດຍິງ-ຊາຍ

ມີການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ ແລະ ຈະໃຫ້ບໍລິການໃນລັກສະນະດຽວກັນແກ່ສະມາຊິກທັງໝົດ. ບຸກຄົນ ຫຼື ທຸກອົງກອນທັງໝົດທີ່ເຊື່ອມກັບ *[HMO]* ທີ່ສົ່ງຕໍ່ ຫຼື ແນະນຳສະມາຊິກສຳລັບບໍລິການຈະຕ້ອງເຮັດໃນລັກສະນະດຽວກັນກັບສະມາຊິກທັງໝົດ.

* ສິດ​ຂອງ​ທ່ານ​ທີ່​ຈະ​ເປັນ​ອິດ​ສະລະ​ຈາກ​ການ​ຄວບຄຸມ​ ຫຼື​ ການສັນໂດດທຸກຮູບແບບ​ທີ່​ໃຊ້​ໃນ​ການ​ບີບ​ບັງ​ຄັບ, ລົງໂທດທາງ​ວິ​ໄນ, ສະດວກ ຫຼື ​ແກ້​ແຄ້ນ. ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນອິດສະຫຼະຈາກການຖືກຄວບຄຸມ ຫຼື ຖືກບັງຄັບໃຫ້ຢູ່ຄົນດຽວ ເພື່ອເຮັດໃຫ້ທ່ານປະພຶດຕົວ, ລົງໂທດທ່ານ ຫຼື ຍ້ອນວ່າມີຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງເຫັນວ່າມັນເປັນປະໂຫຍດ.
* ສິດສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. *[HMO]* ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເບິ່ງ ແຈ້ງການການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ (Notice of   
  Privacy Practices) ຂອງ *[HMO]* ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

1. **ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຕາມທີີ່ມີໃຫ້ໃນກົດໝາຍລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານໃນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແມ່ນມີຢູ່ ແລະສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຕ້ອງມີບໍລິການໃຫ້ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕາມຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດ.

1. **ທ່ານມີສິດໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທາງເລືອກການປິ່ນປົວ, ໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ.
* ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະຍອມຮັບ ຫຼື ປະຕິເສດການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼືການຜ່າຕັດ ແລະ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລຂອງທ່ານ.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການວາງແຜນ ແລະ ກຳນົດປະເພດການດູແລສຸຂະພາບທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃນອະນາຄົດ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະແດງຄວາມປາຖະໜາຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈໂດຍການຕື່ມ **ຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ**, **ພິໄນກຳ** ຫຼື **ໜັງສືມອບອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ (power of attorney   
  for health care)**. ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃນໜ້າ *[xx]*, ການຕື່ມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ, ພິໄນກຳ ຫຼື ໜັງສືມອບອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການສະແດງຄວາມຄິດເຫັນທີສອງ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາແນະນໍາການປິ່ນປົວຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການໄດ້ຮັບຄວາມຄິດເຫັນທີສອງ.

1. **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮູ້ກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ແຜນການຈູງໃຈຂອງແພດ *[HMO]* ໃຊ້. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານໃນການຖາມວ່າ *[HMO]* ມີການຈັດການທາງດ້ານການເງິນພິເສດ (ແຜນແຮງຈູງໃຈຂອງແພດ) ກັບແພດຂອງພວກເຮົາ ທີ່ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການນໍາໃຊ້ການການແນະນຳ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້, ໃຫ້ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]* ແລະ ຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂໍ້ຕົກລົງທາງການເງິນແບບພິເສດກັບແພດຂອງພວກເຮົາ.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *[HMO]*, ລວມທັງການສຶກສາຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ການຢັ້ງຢືນຈາກຄະນະກຳມະການ ແລະ ການຢັ້ງຢືນຊ້ຳ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້, ໂທຫາພະແນກໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ *[800-xxx-xxxx]*.

1. **ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍເອົາສໍາເນົາບັນທຶກທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.**

* ທ່ານອາດຈະແກ້ໄຂຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງໃຫ້ຖືກຕ້ອງຢູ່ໃນບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກທ່ານໝໍເຫັນດີຕໍ່ກັບການແກ້ໄຂນັ້ນ.
* ໂທຫາ *[800-xxx-xxxx]* ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຮ້ອງຂໍສຳເນົາ ຫຼືປ່ຽນບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ. ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຊຳລະເງິນຄ່າສຳເນົາບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ.

1. **ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicaid ທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນ [HMO] ເນື່ອງຈາກມີການຄັດຄ້ານທາງດ້ານສິນລະທຳ ຫຼື ທາງສາສະໜາ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບວິທີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຜ່ານ FowardHealth ໂດຍໃຊ້ບັດ ForwardHealth ຂອງທ່ານ.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ *[HMO]* ຖ້າ *[HMO]* ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການຍ້ອນການຄັດຄ້ານທາງດ້ານສິນທໍາ ຫຼື ທາງສາສະໜາ.

1. **ທ່ານມີສິດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຟ້ອງ, ຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການດູແລ ຫຼື ການບໍລິການຂອງທ່ານ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບ ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າ *[HMO]* ບໍ່ຕອບສະໜອງຕໍ່ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງທັນເວລາ.
* ສິດຂອງທ່ານໃນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ (Department of Health Services) ທົບທວນຄືນການຮ້ອງທຸກ ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນໃຈຂອງ *[HMO]* ກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າ *[HMO]* ບໍ່ຕອບສະໜອງຕໍ່ຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໄດ້ທັນເວລາ.
* ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ການອຸທອນ ຫຼື ການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ, ໃຫ້ເບິ່ງໜ້າ *[xx]*, ການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ.

1. **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ [HMO], ການບໍລິການຂອງຕົນ, ຜູ້ປະຕິບັດ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງອັນໃຫຍ່ຫຼວງກັບ *[HMO]* ຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້ກ່ອນວັນທີການປ່ຽນແປງທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້.

1. **ທ່ານມີສິດເສລີໃນການໃຊ້ສິດຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການປະຕິບັດດ້ານລົບຈາກ *[HMO]* ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:**

* ສິດຂອງທ່ານໃນການສະເໜີແນະກ່ຽວກັບສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກ *[HMO]*.

# ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

* **ທ່ານ​ມີ​ຄວາມ​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ໃນການໃຫ້​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່ *[HMO]* ແລະ​ ຜູ້​ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ຂອງ​ຕົນ​ຕ້ອງ​ການ​ໃຫ້​ການ​ດູ​ແລ.**
* **ທ່ານ​ມີ​ຄວາມ​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບ​ທີ່​ຈະ​ໃຫ້ *[HMO]* ຮູ້​ວິ​ທີ​ທີ່​ດີ​ທີ່​ສຸດ​ໃນ​ການ​ຕິດ​ຕໍ່ ​ແລະ ​ສື່​ສານ​ກັບ​ທ່ານ​. ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ການສື່ສານຈາກ *[HMO].***
* **ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມແຜນການ ແລະ ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຕົກລົງກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.**
* **ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະເຂົ້າໃຈບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການສ້າງເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.**

# ສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນ *[HMO]*

**ທ່ານສາມາດປ່ຽນ HMOs ໄດ້ດ້ວຍເຫດຜົນໃດໆກໍຕາມໃນລະຫວ່າງ 90 ມື້ທຳອິດຂອງການລົງທະບຽນໃນ *[HMO]*.** ຫຼັງຈາກ 90 ມື້ທໍາອິດຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຖືກ “ລັອກອິນ” ເພື່ອລົງທະບຽນໃນ *[HMO]* ສໍາລັບເກົ້າເດືອນຕໍ່ໄປ. ທ່ານຈະສາມາດສະຫຼັບ HMOs ໄດ້ພຽງແຕ່ເມື່ອໄລຍະເວລາ “ລັອກອິນ” ນີ້ສິ້ນສຸດລົງ ເວັ້ນເສຍແຕ່ເຫດຜົນໃນການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນ *[HMO]* ແມ່ນໜຶ່ງໃນເຫດຜົນທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

* ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປ່ຽນ HMOs, ໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນ, ຖ້າ ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ (Department of Health Services) ຂອງ Wisconsin (DHS) ວາງມາດຕະການລົງໂທດ ຫຼື ເງື່ອນໄຂຊົ່ວຄາວຕໍ່ *[HMO]*.
* ທ່ານມີສິດທີ່ຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານກັບ *[HMO]* ໄດ້ທຸກເວລາຖ້າ:
  + ທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງ *[HMO]*.
  + *[HMO]* ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ສໍາລັບການຄັດຄ້ານທາງດ້ານສິນທໍາ ຫຼື ທາງສາສະໜາ.
  + ທ່ານຕ້ອງມີການບໍລິການຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງ ຫຼື ຫຼາຍບໍລິການ ໃນເວລາດຽວກັນ ແລະ ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການທັງໝົດພາຍໃນເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ເຊິ່ງໃຊ້ໄດ້ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກໍານົດວ່າການໄດ້ຮັບການບໍລິການແຍກກັນ ສາມາດເຮັດໃຫ້ທ່ານມີຄວາມສ່ຽງທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນ.
  + ເຫດຜົນອື່ນໆ, ລວມທັງຄຸນນະພາບການດູແລທີ່ບໍ່ດີ, ການຂາດການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂາດການເຂົ້າເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີປະສົບການໃນການຈັດການກັບຄວາມຕ້ອງການການດູແລຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນ HMO ຫຼື ຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກໂຄງການ *[BadgerCare Plus or Medicaid   
SSI]* ຢ່າງສົມບູນ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຜ່ານ *[HMO]* ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການປ່ຽນ HMO ຫຼື ການຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* ຢ່າງສົມບູນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການລົງທະບຽນ HMO ທີ່ 800-291-2002.

# ການສໍ້ໂກງ ແລະ ການລະເມີດ

ຖ້າຫາກທ່ານສົງໄສກ່ຽວກັບການສໍ້ໂກງ ແລະ ການລະເມີດຕໍ່ໂຄງການ Medicaid, ທ່ານຄວນລາຍງານ. ກະລຸນາເຂົ້າໄປທີ່ [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/).