**[BADGERCARE PLUS နှင့် MEDICAID SSI အတွက် စံသုံးဘာသာစကားဖြင့်ဖော်ပြသော အဖွဲ့ဝင်လက်စွဲစာအုပ်]**

[STANDARD MEMBER HANDBOOK LANGUAGE FOR BADGERCARE PLUS AND MEDICAID SSI]

**စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ**

[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]*:

* မသန်စွမ်းသူများအတွက် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော အခမဲ့အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးပါသည်-
  + လက်ဟန်သင်္ကေတပြ စကားပြန်များ
  + စာလုံးကြီးဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ၊ အသံဖိုင်၊ ဖတ်ရှုရလွယ်သော အီလက်ထရောနစ် ပုံစံများနှင့် အခြား ပုံစံများဖြင့်ဖော်ပြသော အချက်အလက်များ
* မိခင်ဘာသာစကားအဖြစ် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မပြောဆိုသူများအတွက် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့သော အခမဲ့ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်ထားပါသည်-
  + စကားပြန်များ
  + အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရေးသားထားသည့် အချက်အလက်များ

ဤဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်ပါက *[Name of entity or of contact at HMO]* ဖုန်းနံပါတ်   
*[800-xxx-xxxx]* သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

**မာတိကာ**

[အရေးကြီးသော *[HMO PROGRAM NAME]* ဖုန်းနံပါတ်များ 5](#_Toc169521869)

[အခြားအရေးကြီးသော ဖုန်းနံပါတ်များ 6](#_Toc169521870)

[*[HMO]* က ကြိုဆိုပါ၏ 8](#_Toc169521871)

[သင့် *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း 9](#_Toc169521872)

[သင်၏ ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း 9](#_Toc169521873)

[ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ လမ်းညွှန်ကို အသုံးပြုခြင်း 11](#_Toc169521874)

[အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ရွေးချယ်ခြင်း 12](#_Toc169521875)

[အဖွဲ့ဝင်အသစ် ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များကို ဆွေးနွေးခြင်း 13](#_Toc169521876)

[လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူခြင်း 13](#_Toc169521877)

[အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု 13](#_Toc169521878)

[အရေးတကြီး စောင့်ရှောက်မှု 14](#_Toc169521879)

[အထူးကုသစောင့်ရှောက်မှု 15](#_Toc169521880)

[ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်နှင့် မီးဖွားစဉ် စောင့်ရှောက်မှု 16](#_Toc169521881)

[တယ်လီကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ 16](#_Toc169521882)

[သင် ရပ်ဝေးတွင်ရောက်နေစဉ် စောင့်ရှောက်မှုရယူခြင်း 17](#_Toc169521883)

[ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်ထံမှ ငွေတောင်းခံမည့် အချိန် 18](#_Toc169521884)

[အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ 18](#_Toc169521885)

[စရိတ်မျှပေးငွေများ 19](#_Toc169521886)

[*[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI] အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ* 20](#_Toc169521887)

[*[HMO]*က ကျခံပေးသည့်ဝန်ဆောင်မှုများ 24](#_Toc169521888)

[စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေးစွဲရောဂါ ဝန်ဆောင်မှုများ 24](#_Toc169521889)

[မိသားစုစီမံချက်ချခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ 24](#_Toc169521890)

[HealthCheck ဝန်ဆောင်မှုများ 25](#_Toc169521891)

[သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ 26](#_Toc169521892)

[FORWARDHEALTH က ကျခံပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများ 29](#_Toc169521893)

[အပြုအမူပိုင်း (အော်တစ်ဇင်) ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ 29](#_Toc169521894)

[ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ 30](#_Toc169521895)

[သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ 30](#_Toc169521896)

[ဆေးဆိုင် အကျိုးခံစားခွင့်များ 31](#_Toc169521897)

[[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]အောက်တွင် အကျုံးမဝင်သည့်   
ဝန်ဆောင်မှုများ 32](#_Toc169521898)

[ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် နေရာအစားထိုး 32](#_Toc169521899)

[ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဒုတိယ သဘောထားကို ရယူခြင်း 33](#_Toc169521900)

[စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲခြင်း (ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း) 33](#_Toc169521901)

[ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၊ အသက်ရှင်စဉ်သေတမ်းစာ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) ကို ဖြည့်စွက်ခြင်း 34](#_Toc169521902)

[ကုသမှုအသစ်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ 35](#_Toc169521903)

[အခြား အာမခံ 35](#_Toc169521904)

[သင်ပြောင်းရွှေ့လျှင် 35](#_Toc169521905)

[သင်၏ MEDICAID ကုန်ကျခံပေးငွေဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများ 36](#_Toc169521906)

[HMO ကင်းလွတ်ခွင့်များ 36](#_Toc169521907)

[မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံလွှာ တင်သွင်းခြင်း 37](#_Toc169521908)

[မကျေနပ်ချက်များ 37](#_Toc169521909)

[အယူခံဝင်ခြင်းများ 39](#_Toc169521910)

[တရားမျှတသော ကြားနာမှုများ 42](#_Toc169521911)

[သင်၏ရပိုင်ခွင့်များ 44](#_Toc169521912)

[သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ 48](#_Toc169521913)

[*[HMO]* တွင် သင့်အဖွဲ့ဝင်မှုကို အဆုံးသတ်ခြင်း 49](#_Toc169521914)

[လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားပြုမှု 50](#_Toc169521915)

# အရေးကြီးသော *[HMO PROGRAM NAME]* ဖုန်းနံပါတ်များ

1. ***[HMO]* ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုကို ဆက်သွယ်နည်း**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY- 800-xxx-xxxx

**အောက်ပါကိစ္စရပ်များအတွက် ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖုန်းဆက်ပါ-**

* သင်၏ *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်မှုနှင့်ပတ်သက်သော မေးခွန်းများ
* စောင့်ရှောက်မှု ရယူနည်းနှင့်ပတ်သက်သော မေးခွန်းများ
* ပင်မကုသရေးသမားတော် သို့မဟုတ် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးဦးကို ရွေးချယ်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန်
* *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ကတ်အသစ် ရယူခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန်
* *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ လမ်းညွှန်၏ မိတ္တူစာရွက်ကို ရယူခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရယူရန်
* သင်သဘောမတူထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုခုအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာကို ရရှိထားပါက

ဤနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုမှုများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။ အင်္ဂလိပ်စကား မပြောသူများအတွက် အခမဲ့ စကားပြန်များကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

1. ***[HMO]* အဖွဲ့ဝင် ပံ့ပိုးကူညီရေး**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-xxx-xxxx [Hours/Days Available]

TDD/TTY- 800-xxx-xxxx

**အောက်ပါတို့အတွက် အကူအညီရယူရန် အဖွဲ့ဝင် ပံ့ပိုးကူညီရေးဌာနသို့ ဖုန်းဆက်ပါ-**

* စောင့်ရှောက်မှု ရယူခြင်းနှင့်ပတ်သက်သော ပြဿနာများကို ဖြေရှင်းရာတွင် အကူအညီရယူရန်
* တိုင်ကြားချက် သို့မဟုတ် မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီ
* *[HMO]* က ချမှတ်သော ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို အယူခံဝင်ရန် သို့မဟုတ် ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုရာတွင် အကူအညီရယူရန်

ဤနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုမှုများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။ အင်္ဂလိပ်စကား မပြောသူများအတွက် အခမဲ့ စကားပြန်များကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

1. ***[HMO]* အရေးပေါ်ဖုန်းနံပါတ်**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-xxx-xxxx တစ်နေ့လျှင် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်လုံး ဖုန်းခေါ်ဆိုနိုင်သည်

TDD/TTY- 800-xxx-xxxx

**ရုံးဖွင့်ချိန်နောက်ပိုင်း အကူအညီလိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေတစ်ခုနှင့် တွေ့ကြုံနေရခြင်းရှိ၊ မရှိ မသေချာလျှင်ဖြစ်စေ ဤနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။**

ဤနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုမှုများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။ အင်္ဂလိပ်စကား မပြောသူများအတွက် အခမဲ့ စကားပြန်များကို ရရှိနိုင်ပါသည်။

**အရေးပေါ်အခြေအနေ ကြုံနေရပါက 911 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ**

# အခြားအရေးကြီးသော ဖုန်းနံပါတ်များ

1. **ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-362-3002 ရုံးဖွင့်ချိန်- တနင်္လာမှ သောကြာ၊ နံနက် 8:00 နာရီမှ ည 6:00 အထိ

TDD/TTY-

အီးမေးလ်- [memberservices@wisconsin.gov](စာပို့ရန်-memberservices@wisconsin.gov)

**အောက်ပါကိစ္စရပ်များအတွက် ForwardHealth ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုသို့**  **ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ-**

* သင်၏ ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုနည်းနှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများ
* ForwardHealth ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ပတ်သက်သော မေးခွန်းများ
* ForwardHealth ကတ်အသစ် ရယူရာတွင် အကူအညီရယူရန်

1. **HMO စာရင်းသွင်း ကျွမ်းကျင်သူ**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-291-2002 ရုံးဖွင့်ချိန်- မနက် 7:00 မှ ညနေ 6:00 နာရီ၊ တနင်္လာ–သောကြာ

TDD/TTY-

**အောက်ပါတို့အတွက် HMO စာရင်းသွင်းကျွမ်းကျင်သူကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ-**

* ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အစည်းများ (HMO များ) နှင့် စီမံခန့်ခွဲ စောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်သော အထွေထွေအချက်အလက်များကို သိရှိရန်
* *[HMO]* သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲ စောင့်ရှောက်မှုမှ စာရင်းပယ်ဖျက်ခြင်း သို့မဟုတ် ကင်းလွတ်ခွင့်နှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီရယူရန်
* သင်က *[HMO]* ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် ဧရိယာပြင်ပသို့ ပြောင်းရွှေ့သွားလျှင်

1. **Wisconsin ပြည်နယ် HMO မကျေနပ်ချက် စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) အစီအစဥ်**

မကျေနပ်ချက် စုံစမ်းစစ်ဆေးရေး အရာရှိ (Ombuds) ဆိုသည်မှာ *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးဖြစ်သည့် သင့်တွင် မေးမြန်းစရာရှိသည်များနှင့်ပတ်သက်၍ဖြစ်စေ၊ ပြဿနာများနှင့်ပတ်သက်၍ဖြစ်စေ ဘက်မလိုက်ဘဲ သီးသန့်၊ အလွတ်သဘော အကူအညီပေးသည့် ပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး ဖြစ်သည်။

ဖုန်းနံပါတ်- 800-760-0001 ရုံးဖွင့်ချိန်- မနက် 8:00 နာရီမှ ညနေ 4:30၊ တနင်္လာ-သောကြာ

TDD/TTY-

**အောက်ပါတို့အတွက် မကျေနပ်ချက် စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) အစီအစဉ်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ-**

* *[HMO]* မှ သင်ရရှိသည့် စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ပတ်သက်သော ပြဿနာများကို ဖြေရှင်းရာတွင် အကူအညီရယူရန်
* သင်၏ အဖွဲ့ဝင်အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များကို နားလည်အောင်လုပ်ရာတွင် အကူအညီရယူရန်
* *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်ပတ်သက်၍ မကျေနပ်ချက်၊ တိုင်ကြားချက် သို့မဟုတ် အယူခံ တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီရယူရန်

1. **ပြင်ပ ပံ့ပိုးကူညီရေး (Medicaid SSI သီးသန့်)**

ဖုန်းနံပါတ်- 800-708-3034 ရုံးဖွင့်ချိန်- တနင်္လာမှ သောကြာ၊ 8:30 နာရီမှ ည 5:00 အထိ

TDD/TTY-

**အောက်ပါတို့အတွက် Medicaid SSI ပံ့ပိုးကူညီရေးကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ-**

* *[HMO]* မှ သင်ရရှိသည့် စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ပတ်သက်သော ပြဿနာများကို ဖြေရှင်းရာတွင် အကူအညီရယူရန်
* တိုင်ကြားချက် သို့မဟုတ် မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီ
* *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်ပတ်သက်၍ အယူခံဝင်ခွင့်ပြုရန် သို့မဟုတ် ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုရာတွင် အကူအညီရယူရန်

# *[HMO]* က ကြိုဆိုပါ၏

*[HMO Program Name]* က ကြိုဆိုပါ၏။ *[HMO]* သည် *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* အစီအစဉ်ကို ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသည့် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။ BadgerCare Plus သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။ ၎င်းသည် Wisconsin ရှိ ဝင်ငွေနည်း ကလေးများ၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်များနှင့် လူကြီးများကို ကူညီပေးလျက်ရှိသည်။ Medicaid SSI သည် ဖြည့်စွက် ဖူလုံရေး ဝင်ငွေ (Supplemental Security Income) (SSI) ရှိသူများအား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ရရှိအောင် ကူညီပေးသည့် အစီအစဉ်တစ်ခု ဖြစ်သည်။ [Note to HMO: only include information related to the program(s) offered.]

ဤလက်စွဲစာအုပ်က ကူညီပေးနိုင်သည်များ-

* *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* ၏ အခြေခံအချက်များကို လေ့လာခြင်း။
* *[HMO]* နှင့် ForwardHealth တို့တွင် အကျုံးဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ကြည့်ခြင်း။
* သင်၏အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်များကို သိအောင်လုပ်ခြင်း။
* သင့်တွင် ပြဿနာ သို့မဟုတ် စိုးရိမ်စရာတစ်ခုခုရှိပါက မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံ တင်သွင်းခြင်း။

*[HMO]* သည် သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချက်အများစုအတွက် အကုန်ကျခံ ပေးပါမည်။ Wisconsin Medicaid သည် အခြားအရာအချို့အတွက် ForwardHealth မှတစ်ဆင့် ကုန်ကျခံပေးပါမည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များကိုသိရှိလိုပါက ဤလက်စွဲစာအုပ်ပါ *[HMO]* တွင် အကျုံးဝင်သော *ဝန်ဆောင်မှုများကဏ္ဍ*နှင့် *ForwardHealth* တွင် အကျုံးဝင်သော *ဝန်ဆောင်မှုများ ကဏ္ဍ*ကို ကြည့်ပါ။

**သင့် *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း** [Note to HMO: only include this section if you provide an ID card.]

*[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ကွန်ရက်ရှိ ဆရာဝန်များ၊ ဆေးခန်းများနှင့် ဆေးရုံများ၏ စောင့်ရှောက်မှုကို ရယူရန် သင့် *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ကတ်ကို အသုံးပြုရပါမည်။ ၎င်းသည် ကျန်းမာရေးစောင်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးရန် *[HMO]* နှင့် စာချုပ်ချုပ်ထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများစာရင်းဖြစ်သည်။

**သင်၏ *[HMO]* ကတ်ကို ကိုယ်နှင့်မကွာ အမြဲဆောင်သွားပါ။ စောင့်ရှောက်မှုရယူသည့်အချိန်တိုင်း ၎င်းကို ပြပါ။** သင်နှင့်အတူ ကတ်မပါလာလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရာတွင် ပြဿနာများရှိနိုင်သည်။ သင့် *[HMO]* ကတ် ပျောက်ဆုံးလျှင်ဖြစ်စေ၊ ပျက်စီးလျှင်ဖြစ်စေ၊ အခိုးခံရလျှင်ဖြစ်စေ ကျေးဇူးပြု၍ *[insert instructions here]*။

## **သင်၏ ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုခြင်း**

သင့်အတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအများစုကို *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများမှတစ်ဆင့် ရရှိမည်။ သို့သော် သင့်အနေဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုအချို့ကို ForwardHealth ကတ်အသုံးပြု၍ ရယူရန် လိုအပ်နိုင်သည်။

အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေးစောင်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန် သင့် ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုပါ-

* အပြုအမူပိုင်း (အော်တစ်ဇင်) ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
* ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ
* အကြပ်အတည်းကာလ ကြားဝင်ဖြေရှင်းမှု ဝန်ဆောင်မှုများ
* ရပ်ရွာ ပြန်လည်နာလန်ထူရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ
* ဘက်စုံ ရပ်ရွာဝန်ဆောင်မှုများ
* သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ *[unless carved in to HMO, list counties as an exception if some are carved in]*
* Hub and spoke ပြန်လည်နာလန်ထူရေး ပံ့ပိုးပေးသည့် အိမ်အရောက် ပေါင်းစပ် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ
* ဆေးဝါးကုထုံးစီမံခန့်ခွဲမှု
* ဆေးဝါးနှင့် ဆေးဆိုင် ဝန်ဆောင်မှုများ
* အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး
* မီးမဖွားမီ စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေး
* စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတွင် မူးယစ်ဆေးစွဲမှုဆိုင်ရာ ကုသမှု
* ကျောင်းအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ
* ရည်ရွယ်ထားသည့် ကျန်းမာရေးကိစ္စ စီမံခန့်ခွဲမှု
* တီဘီရောဂါ ဆက်စပ်ဝန်ဆောင်မှုများ

သင့် ForwardHealth ကတ်သည် *[HMO]* ကတ်နှင့် မတူညီပါ။ ၎င်းသည် သင့်အမည်ပါသော ပလတ်စတစ်ကတ် ဖြစ်သည်။ ၎င်းတွင် ဂဏန်း 10 လုံးနှင့် အမည်းရောင်အစင်းကြောင်းရှည်တစ်ခုလည်း ပါသည်။ သင့် ForwardHealth ကတ်ကို ကိုယ်နှင့်မကွာ အမြဲဆောင်ထားပါ။ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားသည့်အချိန်တိုင်းနှင့် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေး ရယူသည့်အခါတိုင်း ၎င်းကို ပြပါ။ ကတ်မပါလျှင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးများအား ရယူရာ၌ ပြဿနာများရှိနိုင်သည်။ သင့်တွင် အခြား ကျန်းမာရေးအာမခံကတ်များရှိလျှင်လည်း တစ်ပါတည်းယူဆောင်သွားပါ။ ၎င်းတွင် *[HMO Program]* သို့မဟုတ် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ မည်သည့် ID ကတ်မဆို ပါဝင်နိုင်သည်။

သင့် ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုနည်းနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းစရာများရှိလျှင်ဖြစ်စေ၊ သင့်ကတ် ပျောက်ဆုံး၊ ပျက်စီး သို့မဟုတ် အခိုးခံရလျှင်ဖြစ်စေ ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သင့် ForwardHealth ကတ်ကို လက်ခံမည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို ရှာဖွေရန်-

1. [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov) သို့ သွားပါ
2. အဖွဲ့ဝင်များ (Members) လင့်ခ်ကိုဖြစ်စေ စာမျက်နှာအလယ်ပိုင်းရှိ အိုင်ကွန်ကိုဖြစ်စေ နှိပ်ပါ။
3. အောက်သို့ ဆွဲချပြီး အရင်းအမြစ်များ (Resources) တဘ်ကို နှိပ်ပါ။
4. ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာရန် (Find a Provider) လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ။
5. အစီအစဉ် (Program) သို့သွား၍ BadgerCare/Medicaid ကို ရွေးချယ်ပါ

သို့မဟုတ် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

## **ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ လမ်းညွှန်ကို အသုံးပြုခြင်း**

*[HMO]* အဖွဲ့ဝင်အနေဖြင့် သင်သည် ကျန်မာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို *[HMO]* ကွန်ရက်ရှိ ဆရာဝန်များနှင့် ဆေးရုံများမှ ရယူသင့်ပါသည်။ အဆိုပါ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများစာရင်းကို သိရှိရန် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်ကို ကြည့်ပါ။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်တွင် လူနာသစ်များအား လက်ခံသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကို အမှတ်အသားပြုဖော်ပြထားသည်။

ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်ဆိုသည်မှာ *[HMO]* ၏ အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအဖြစ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန် သင်အသုံးပြုနိုင်သည့် ဆရာဝန်များ၊ ဆေးခန်းများနှင့် ဆေးရုံများ၏ စာရင်းဖြစ်သည်*။ [HMO]* တွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်ကို မတူညီသော ဘာသာစကားများနှင့် ပုံစံအမျိုးမျိုးဖြင့် ထားရှိသည်။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဘ်ဆိုက် *[insert URL]* တွင် တွေ့နိုင်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်ကို စာရွက်မိတ္တူဖြင့်ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx*[ သို့ ခေါ်ဆိုပါ

*[HMO]* ဆရာဝန်များသည် ယဉ်ကျေးမှုများစွာအလိုက် လိုအပ်ချက်များကို အထူးသတိထား၍ လေးစားသူများဖြစ်သည်။ သီးခြားဘာသာစကားများ ပြောတတ်သော သို့မဟုတ် သီးခြားလူမျိုးစု ယဉ်ကျေးမှုများ သို့မဟုတ် ဘာသာရေးယုံကြည်မှုများကို နားလည်သော ဝန်ထမ်းများရှိသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူစာရင်းကို *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်တွင် ကြည့်ပါ။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်တွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ စီစဉ်ပေးသည့် နေရာထိုင်ခင်းများအကြောင်းကိုလည်း ဖော်ပြထားသည်။

## **အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ရွေးချယ်ခြင်း**

သင် စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်သည့်အခါ သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ (primary care provider) (PCP) ကို ဦးစွာ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူဆိုသည်မှာ ဆရာဝန်၊ ကျွမ်းကျင်သူနာပြု၊ သမားတော်လက်ထောက် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးသည့်၊ လမ်းညွှန်သည့် သို့မဟုတ် ရရှိရန် ကူညီပေးသည့် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ဖြစ်နိုင်သည်။ သင်သည် အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်မှ ရွေးချယ်နိုင်သည်။ လူနာအသစ်များအား လက်ခံလျက်ရှိသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူစာရင်းကို အသုံးပြုပါ။ သင်က အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံဖြစ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ကွန်ရက်ပြင်ပရှိ အင်ဒီးယန်း ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ (Indian Health Care Provider) နှင့် ပြသရန် ရွေးချယ်နိုင်သည်။

**သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ရွေးချယ်ရန် သို့မဟုတ် ပြောင်းလဲရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။** သင်၏ လက်ရှိ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူက ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကွန်ရက်တွင် ပါဝင်လျှင် ၎င်းကို ဆက်ထားနိုင်သည်။ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူသည် သင့်အနေဖြင့် အခြား ဆရာဝန် သို့မဟုတ် အထူးကုနှင့် ပြသရန် လို၊ မလို ဆုံးဖြတ်ရာတွင် ကူညီပေးပါမည်။ လိုအပ်ပါက သင့်အား လွှဲစာ ပေးနိုင်သည်။ သင့်အနေဖြင့် သီးခြားအထူးကုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံကို အသုံးပြုလိုပါက သင်သည် သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူထံမှ လွှဲစာ လိုအပ်ပါမည်။ အခြား ဆရာဝန်တစ်ဦးနှင့် တွေ့ဆုံမပြသမီ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူထံမှ ခွင့်ပြုချက်ကို ရယူရမည်။

သင်သည် အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ရွေးချယ်ခြင်းအပြင် အမျိုးသမီး ကျန်းမာရေး အထူးကုဆရာဝန်နှင့် ပြသခြင်းကိုလည်း လွှဲစာမပါဘဲ ပြုလုပ်နိုင်သည်။ ထိုသူသည် သားဖွားမီးယပ်အထူးကု (obstetrician and gynecologist) (OB/GYN)၊ သူနာပြု သားဖွားဆရာမ သို့မဟုတ် လိုင်စင်ရ သားဖွားဆရာမ ဖြစ်နိုင်သည်။

## **အဖွဲ့ဝင်အသစ် ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များကို ဆွေးနွေးခြင်း**

*[HMO]* သည် သင်၏ တစ်ဦးချင်း ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များ၊ အခြေအနေများကို သင်နှင့် ဆွေးနွေးရန် *[insert contact method]* ဖြင့် သင့်ကို ဆက်သွယ်ပါမည်။ သင်သည် သင့်ရပ်ရွာရှိ ရင်းမြစ်များ သို့မဟုတ် သင့်အတွက် ရရှိနိုင်သည့် သင်၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အသစ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းဖြစ်သော ရင်းမြစ်များအကြောင်း မေးနိုင်သည်။ ၎င်းတို့သည် သင့်အကြောင်း ပိုမိုလေ့လာပြီး သင်၏ ကျန်းမာရေး ပန်းတိုင်များသို့ ရောက်ရှိရန် သင့်ကို ကူညီပေးနိုင်သည်။ စတင်ရန် *[800-xxx-xxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

# လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ရယူခြင်း

## **အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု**

အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုဆိုသည်မှာ အလွန်ပြင်းထန်သော နာမကျန်းမှု၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာ၊ ရောဂါလက္ခဏာ သို့မဟုတ် အခြေအနေအတွက် ချက်ချင်းလိုအပ်သည့် စောင့်ရှောက်မှု ဖြစ်သည်။ ဥပမာအချို့မှာ-

* နင်ခြင်း

**အရေးပေါ်အခြေအနေ ကြုံနေရပါက 911 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ**

* အကြောဆွဲသွားခြင်း
* ကြာရှည် သို့မဟုတ် ထပ်တလဲလဲ တက်ခြင်း
* အရိုးများ ဆိုးဆိုးရွားရွား ကျိုးပဲ့ခြင်း
* ပြင်းထန်စွာ အပူလောင်ခြင်း
* ပြင်းထန်စွာ နာကျင်ခြင်း
* ပြင်းထန်စွာ သို့မဟုတ် ပုံမှန်မဟုတ်သည့် သွေးထွက်ခြင်း
* နှလုံးအမောဖောက်သည်ဟု သံသယဖြစ်ခြင်း
* အဆိပ်မိသည်ဟု သံသယဖြစ်ခြင်း
* လေဖြန်း လေဖြတ်သည်ဟု သံသယဖြစ်ခြင်း
* အသက်ရှူရခက်ခဲခြင်း
* သတိမေ့မျောခြင်း

**အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါက အမြန်ဆုံး အကူအညီရယူပါ**။ သွားနိုင်ပါက အကူအညီယူရန်အတွက် *[HMO Program Name]* ဆေးရုံ သို့မဟုတ် အရေးပေါ်ခန်းသို့ သွားရန် ကြိုးစားပါ။ အရေးပေါ်အခြေအနေဖြစ်နေလျှင် အနီးဆုံး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ (ဆေးရုံ၊ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးခန်း) သို့ သွားပါ။ **အရေးပေါ်အခြေအနေမှာ အလွန်ဆိုးရွားပြင်းထန်နေပြီး အနီးဆုံး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံသို့ မရောက်ရှိနိုင်ပါက 911 သို့မဟုတ် သင့် ဒေသန္တရရဲတပ်ဖွဲ့ သို့မဟုတ် မီးသတ်ဌာန အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများကို ခေါ်ဆိုဆက်သွယ်ပါ။**

သင်သည် *[HMO]* ၏ဆေးရုံ မဟုတ်သည့်နေရာ သို့မဟုတ် ၎င်း၏ အရေးပေါ်ခန်းမဟုတ်သည့်နေရာသို့ သွားရမည်ဆိုပါက သင် သို့မဟုတ် အခြားတစ်ယောက်ယောက်သည် *[HMO]* ဖုန်းနံပါတ်   
***[800-xxx-xxxx]*** သို့ ခေါ်ဆို၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ဖြစ်ရပ်အခြေအနေကို သတင်းပို့ပေးနိုင်သည်။

အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု မရယူမီ *[HMO]* သို့မဟုတ် သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူထံမှ ခွင့်ပြုချက်ကို မလိုအပ်ပါ။

ဆေးရုံအရေးပေါ်ခန်းများသည် အမှန်တကယ်အရေးပေါ်ကုသရန် လိုအပ်နေသည့် အခြေအနေများအတွက်သာဖြစ်သည်ကို သတိရပါ။ အခြေအနေက အလွန်ဆိုးရွားပြင်းထန်ခြင်း မရှိလျှင် အရေးပေါ်ခန်းထံ မသွားရောက်မီ သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ 24 နာရီ ဝန်ဆောင်မှုပေးသော အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သင့်နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်အနာတရဖြစ်မှုမှာ အရေးပေါ်ကုသရန်လိုအပ်သည့် အခြေအနေ ဟုတ်၊ မဟုတ် သင် မသိရှိပါက [Note to HMO: Insert applicable instructions here—call clinic, doctor, 24-hour number, nurse line, etc.] ကို ခေါ်ဆိုပါ။ စောင့်ရှောက်မှုရရှိနိုင်မည့်နေရာကို ကျွန်ုပ်တို့က ပြောပေးပါမည်။ **အရေးပေါ်မဟုတ်သော စောင့်ရှောက်မှုကိုခံယူရန် အရေးပေါ်ခန်းသို့ သွားပါက သင်သည် စရိတ်မျှပေးငွေ ပေးရနိုင်သည်။**

## **အရေးတကြီး စောင့်ရှောက်မှု**

အရေးတကြီး စောင့်ရှောက်မှုဆိုသည်မှာ ချက်ချင်း ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအကူအညီ လိုအပ်သော်လည်း အရေးပေါ်ခန်းတွင် ကုသစောင့်ရှောက်မှု မလိုအပ်သော နာမကျန်းမှု၊ ထိခိုက်အနာတရဖြစ်မှု သို့မဟုတ် အခြေအနေအတွက် စောင့်ရှောက်မှု ဖြစ်သည်။ ဥပမာအချို့မှာ-

* ထိခိုက်ဒဏ်ရာများ
* အသေးစား အပူလောင်နာများ
* အသေးစား ပြတ်ရှမှုများ
* အရိုးကျိုးမှု အများစု
* ဆေးဝါး ဓာတ်တုန့်ပြန်မှု အများစု ဆေးဝါးများနှင့် ဓာတ်မတည့်မှု အများစု
* အပြင်းအထန်မဟုတ်သည့် သွေးထွက်ခြင်း
* အဆစ်လွဲခြင်း

သင်သည် *[HMO]* *-* ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူမဟုတ်သူထံ သွားရောက်ပြသရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ခွင့်ပြုချက်ကို ရရှိမထားလျှင် *[HMO]* ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှသာ အရေးတကြီး စောင့်ရှောက်မှုကို ရယူရပါမည်။ *[HMO]* ထံမှ ခွင့်ပြုချက်ကို ဦးစွာ ရရှိမထားလျှင် အရေးတကြီး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဆေးရုံ၏ အရေးပေါ်ခန်းသို့ မသွားရောက်ပါနှင့်။

## **အထူးကုသစောင့်ရှောက်မှု**

အထူးကုဆရာဝန်ဆိုသည်မှာ ဆေးပညာ နယ်ပယ်တစ်ရပ်တွင် အထူးကျွမ်းကျင်သော ဆရာဝန်ဖြစ်သည်။ အထူးကုဆရာဝန်အမျိုးအစားများစွာ ရှိသည်။ ဥပမာအချို့မှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်သည်-

* ကင်ဆာဝေဒနာရှင်များကို ကုသသည့် ကင်ဆာအထူးကုဆရာဝန်များ။
* နှလုံးရောဂါရှိသူများကို ကုသသည့် နှလုံးအထူးကုဆရာဝန်များ။
* အရိုး၊ အဆစ် သို့မဟုတ် ကြွက်သားရောဂါအချို့ရှိသူများကို ကုသသည့် အရိုးအထူးကုဆရာဝန်များ။

အထူးကုဆရာဝန်ထံမှ ကုသစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါက သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ဆက်သွယ်ပါ။ အများအားဖြင့် အထူးကုဆရာဝန်တစ်ဦးနှင့် မပြသမီ သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် *[HMO]* ထံမှ ခွင့်ပြုချက် ရယူရန် လိုအပ်သည်။

## **ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ်နှင့် မီးဖွားစဉ် စောင့်ရှောက်မှု**

သင့်တွင် ကိုယ်ဝန်ရှိလာပါက လိုအပ်ကောင်း လိုအပ်နိုင်သည့် အပိုဆောင်းစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိနိုင်ရန် *[HMO]* နှင့် သင်၏ ကောင်တီ သို့မဟုတ် လူမျိုးစုအဖွဲ့အစည်းကို ချက်ချင်းအသိပေးပါ။ ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေစဉ် စရိတ်မျှပေးငွေများ မပေးရပါ။

ကလေးမီးဖွားရန်အတွက် *[HMO]* ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ရမည်။ သင့်ကလေးအား မီးဖွားရန် အချိန်ကျရောက်လာသည့်အခါ သွားရမည့်ဆေးရုံကို သိရှိစေရန် သင့် ဆရာဝန်နှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ သင့်တွင် *[HMO]* ၏ ခွင့်ပြုချက်မရှိပါက အခြားနေရာသို့သွား၍ ကလေးမီးဖွားခြင်း မပြုလုပ်ပါနှင့်။ သင့် *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် သင့်ရာဇဝင်ကို သိရှိပြီး သင့်အား ကူညီရန် အသင့်တော်ဆုံး ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်သည်။

ထို့ပြင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည့် နောက်ဆုံးလအတွင်း ခရီးသွားရန် စီစဉ်နေပါက သင့်ဆရာဝန်ကို ပြောဆိုပါ။ ကိုယ်ဝန်နောက်ဆုံးလအတွင်း ခရီးသွားခြင်းသည် အိမ်နှင့် အဝေးတွင်ရှိနေစဉ် ကလေးမွေးဖွားမည့် အခွင့်အရေးကို တိုးစေသည်။ အမျိုးသမီးများစွာသည် ၎င်းတို့၏ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ကာလတစ်လျှောက်လုံး ၎င်းတို့ကို စောင့်ရှောက်သည့် ဆရာဝန်များနှင့် ဆေးရုံများကို အသုံးပြု၍ မီးဖွားသည့်အခါ ပိုမိုအဆင်ပြေလေ့ရှိသည်။

## **တယ်လီကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ**

တယ်လီကျန်းမာရေးဆိုသည်မှာ သင့်ဖုန်း၊ ကွန်ပျူတာ သို့မဟုတ် တက်ဘလက်ကို အသုံးပြု၍ သင့်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် အော်ဒီယို၊ ဗီဒီယိုတို့ဖြင့် ဆက်သွယ်ခြင်းဖြစ်သည်။ *[HMO]* သည် သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူက လူကိုယ်တိုင်ပေးသည့် ဝန်ဆောင်မှုများနည်းတူ ပေးအပ်သည့် အရည်အသွေးတူ တယ်လီကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကျခံပေးသည်။ ၎င်းတွင် ဆရာဝန်ရုံးခန်းသို့ သွားပြမှုများ၊ စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် မူးယစ်ဆေးစွဲမှုအတွက် ဝန်ဆောင်မှုများ၊ သွားဘက်ဆိုင်ရာ တိုင်ပင်ဆွေးနွေးမှုများ စသည်တို့ ဖြစ်နိုင်သည်။ တယ်လီကျန်းမာရေး အသုံးပြု၍ မရယူနိုင်သော ဝန်ဆောင်မှုအချို့ ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအနေဖြင့် သင့်ကို ထိရန် သို့မဟုတ် စစ်ဆေးရန် လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်သည်။

သင်နှင့် သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ နှစ်ဦးစလုံးက တယ်လီကျန်းမာရေးနည်းလမ်းဖြင့် ပြသမှုကို သဘောတူရမည်။ သင့်တွင် တယ်လီကျန်းမာရေးနည်းလမ်းဖြင့် ပြသမှုကို ငြင်းဆိုပြီး ထိုအစား လူကိုယ်တိုင် ပြသမှု ပြုလုပ်ပိုင်ခွင့် အမြဲရှိသည်။ တယ်လီကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်ငြင်းဆိုပါက သင်၏ *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့် စောင့်ရှောက်မှုကို ထိခိုက်မည်မဟုတ်ပါ။ သင့်အားဝန်ဆောင်မှုပေးသူက တယ်လီကျန်းမာရေး နည်းလမ်းဖြင့် ပြသမှုများကိုသာ ဆောင်ရွက်ပေးပြီး သင်က လူကိုယ်တိုင် ပြသလိုလျှင် ၎င်းက သင့်ကို အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးထံ လွှဲပြောင်းပေးနိုင်သည်။

*[HMO]* နှင့် Wisconsin Medicaid ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် တယ်လီကျန်းမာရေးနည်းလမ်းဖြင့် ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးသည့်အခါ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုနှင့် လုံခြုံရေး ဥပဒေများကို လိုက်နာရမည်။

## **သင် ရပ်ဝေးတွင်ရောက်နေစဉ် စောင့်ရှောက်မှုရယူခြင်း**

သင်သည် ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုကို လိုအပ်သော်လည်း သင့် ပုံမှန် ပင်မစောင့်ရှောက်မှု သမားတော် သို့မဟုတ် ဆေးခန်းသို့ သွားရောက်ရန် နေအိမ်နှင့် လွန်စွာ ဝေးကွာနေပါက အောက်ပါ စည်းကမ်းချက်များကို လိုက်နာပါ-

* **အမှန်တကယ် အရေးပေါ်အခြေအနေများအတွက် အနီးဆုံး ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ထံသို့ သွားပါ။** *[HMO]* ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* ကို တတ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံးခေါ်ဆိုဆက်သွယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား အကျိုးအကြောင်း ပြောပြပါ။ သင်သည် Wisconsin ပြင်ပတွင် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုကို လိုအပ်ပါက သင်သွားရောက်သည့် နေရာရှိ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူများက သင့်ကို ကုသပေးနိုင်ပြီး ငွေတောင်းခံလွှာကို *[HMO]* သို့ ပေးပို့နိုင်သည်။ Wisconsin ပြင်ပတွင် အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှု ရယူပါက သင်သည် စရိတ်မျှပေးငွေ ပေးချေရန် လိုအပ်နိုင်သည်။ Wisconsin ပြင်ပတွင် သင်ရယူခဲ့သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပါက သုံးစွဲသူဝန်ဆောင်မှု ဌာန ဖုန်းနံပါတ်   
  *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
* **ရပ်ဝေးတွင် အရေးတကြီး သို့မဟုတ် ပုံမှန်စောင့်ရှောက်မှုကို ရယူပါက အခြားဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ မသွားမီ *[HMO]*** **ထံမှ ခွင့်ပြုချက်ကို ရယူရမည်။** ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်သူများတွင် မိဘ သို့မဟုတ် ဆွေမျိုးနှင့်အတူ ရပ်ဝေးသို့ ရောက်ရှိနေသည့် ကလေးများလည်း ပါဝင်သည်။ အခြားဆရာဝန်၊ ဆေးခန်း သို့မဟုတ် ဆေးရုံသို့ သွားရောက်ရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက်ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို ***[800-xxx-xxxx]*** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
* **အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ပြင်ပရှိ အရေးတကြီး သို့မဟုတ် ပုံမှန်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် *[HMO]* ကို ဦးစွာ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။** *[HMO]* သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၊ ကနေဒါနှင့် မက္ကဆီကိုပြင်ပတွင် ပံ့ပိုးပေးသော မည်သည့်ဝန်ဆောင်မှုအတွက်မျှ ကုန်ကျမခံပေးပါ။ ၎င်းတွင် အရေးပေါ် ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်သည်။ သင်သည် ကနေဒါ သို့မဟုတ် မက္ကဆီကိုတွင်ရှိစဉ် အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ လိုအပ်နေပြီး ထိုဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၏ ဘဏ်အကောင့်က အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် ရှိမှသာ *[HMO]* သည် ထိုဝန်ဆောင်မှုအတွက် ကုန်ကျခံ ပေးမည်။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတွင် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု၌ ဘဏ်အကောင့်ရှိပါက အခြားဝန်ဆောင်မှုများကို *[HMO]* ၏ ခွင့်ပြုချက်ဖြင့် ကျခံပေးကောင်းပေးနိုင်သည်။ သင်သည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ပြင်ပတွင် အရေးပေါ်ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူပါက *[HMO]* ကို ခေါ်ဆိုပါ။

# ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်ထံမှ ငွေတောင်းခံမည့် အချိန်

## **အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ**

*[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* နှင့် ဆိုလျှင် သင်သည် သတ်မှတ်ထားသည့် စရိတ်မျှပေးငွေများမှလွဲပြီး အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေပေးချေရန်မလိုပါ။

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကုန်ကျစရိတ်အပြည့်ကို ပေးချေရနိုင်သည့် အခြေအနေများ-

* ဝန်ဆောင်မှုက *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* အောက်တွင် အကျုံးမဝင်လျှင်
* သင်သည် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုအတွက် သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် *[HMO]* ထံမှ ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်သော်လည်း ဝန်ဆောင်မှုကို မရယူမီ ခွင့်ပြုချက်မယူခဲ့လျှင်။
* *[HMO]* က ဝန်ဆောင်မှုသည် သင့်အတွက် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ မလိုအပ်ဟု ဆုံးဖြတ်လျှင်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများဆိုသည်မှာ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ၊ ရောဂါ၊ နာမကျန်းမှု၊ အနာတရဖြစ်မှု သို့မဟုတ် ရောဂါလက္ခဏာတစ်ခုကို ရှာဖွေရန် သို့မဟုတ် ကုသရန် လိုအပ်သည့် ခွင့်ပြုထားသော ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ပစ္စည်းပစ္စယများ ဖြစ်သည်။
* သင်က *[HMO]* ကွန်ရက်ထဲတွင်မပါဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုကို လက်ခံခဲ့လျှင်။ သို့မဟုတ် သင်က သင့် ForwardHealth ကတ်ကို လက်မခံသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုကို လက်ခံခဲ့လျှင်။

အကျုံးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင့်ဘက်က ပေးချေရန် ဆန္ဒရှိပါက ၎င်းတို့ကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သင်သည် စာဖြင့်ရေးသားထားသော ငွေပေးချေမှု အစီအစဉ်ကို သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူနှင့်အတူ ရေးဆွဲရပါမည်။ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ပုံမှန် ကောက်ခံနေကျ ကုန်ကျစရိတ်ပမာဏအထိ သင့်ထံမှ တောင်းခံနိုင်သည်။

**သင်သည် သင်သဘောမတူသည့် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် ငွေတောင်းခံလွှာကို ရရှိပါက *[800-xxx-xxxx]* ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။**

## **စရိတ်မျှပေးငွေများ**

BadgerCare Plus နှင့် Medicaid SSI အရ *[HMO]* နှင့် ၎င်း၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် စရိတ်မျှပေးငွေများကို သင့်ထံမှ တောင်းခံနိုင်သည်။ စရိတ်မျှပေးငွေသည် အကျုံးဝင်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုအတွက် သင်ပေးသွင်းရမည့် ပုံသေပမာဏ ဖြစ်သည်။ *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* အဖွဲ့ဝင်များအတွက် စရိတ်မျှပေးငွေများသည် များသောအားဖြင့် $3 နှင့်အောက် ဖြစ်သည်။ အောက်ပါ အဖွဲ့ဝင်များသည် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် စရိတ်မျှပေးငွေများကို ပေးချေရန် **မ**လိုပါ-

* စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာတွင် နေထိုင်သူများ
* နာတာရှည်ဆေးရုံ၏ စောင့်ရှောက်မှုကို ခံယူနေသော နောက်ဆုံးအဆင့်ရောက်နေသည့် နာမကျန်းအဖွဲ့ဝင်များ
* ကိုယ်ဝန်ဆောင် အမျိုးသမီးများ
* အသက် 19 နှစ်အောက် အဖွဲ့ဝင်များ
* ယာယီမွေးစားခံ သို့မဟုတ် ရာသက်ပန်မွေးစားခံ ကလေးများ
* အသက် 18နှစ်ပြည့်ပြီးသည့် ယာယီမွေးစားခံ လူငယ်များ။ ၎င်းတို့သည် အသက် 26 နှစ်အထိ စရိတ်မျှခံငွေများ ပေးစရာမလိုပါ။
* အမြန်စာရင်းသွင်းမှုဖြင့် ပါဝင်လာသော အဖွဲ့ဝင်များ
* အမေရိကန် အင်ဒီးယန်းများ သို့မဟုတ် အလက်စကာ ဒေသခံ မျိုးနွယ်စုဝင်များ၊ မျိုးနွယ်စုဝင်တစ်ဦး၏ ကလေးများ သို့မဟုတ် မြေးများ သို့မဟုတ် အင်ဒီးယန်း ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ (Indian Health Services) ကို ရရှိနိုင်သည့် မည်သူမဆို။ အသက်နှင့် ဝင်ငွေသည် အရေးမကြီးပါ။ အင်ဒီးယန်း ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ (Indian Health Services) ကို ပံ့ပိုးပေးသူ သို့မဟုတ် ဝယ်ယူမှုနှင့် လွှဲပြောင်း စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ် (Purchase and Referred Care) မှ ပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူသည့်အခါ ၎င်းက သက်ရောက်မှုရှိသည်။

# *[BADGERCARE PLUS or MEDICAID SSI]* အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ

[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]* သည် *[Badgercare Plus and/or Medicaid SSI]* အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုအများစုကို ပံ့ပိုးပေးသည်။ *[HMO]* က ကုန်ကျခံပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း အချက်အလက်များပိုမိုသိရှိရန် စာမျက်နှာ *[xx]*   
ရှိ *[HMO]* က *ကုန်ကျခံပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများ*ကို ကြည့်ပါ။

အချို့သောဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ForwardHealth က ကုန်ကျခံပေးသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း ပိုမိုလေ့လာရန် စာမျက်နှာ *[xx]*၊ *ForwardHealth* က *ကုန်ကျခံပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများ*ကို ကြည့်ပါ။

အချို့ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် **ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်** လိုအပ်သည်။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဆိုသည်မှာ ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးတစ်ခုအတွက် စာဖြင့် ခွင့်ပြုချက်ဖြစ်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုကို မရယူမီ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးကို မရယူမီ သင်သည် *[HMO]* သို့မဟုတ် ForwardHealth ထံမှ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် လိုအပ်နိုင်သည်။

|  |  |
| --- | --- |
| ဝန်ဆောင်မှု | *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည် |
| နေ့ချင်းပြီး ပြင်ပလူနာ ခွဲစိတ်ဌာန၏ စောင့်ရှောက်မှု | *[Add coverage policy]* |
| အပြုအမူပိုင်း (အော်တစ်ဇင်) ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ | အပြည့်အဝ ကုန်ကျခံပေးသည် (ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ဖြင့်)။  စရိတ်မျှခံရန် မလိုပါ  **\*ForwardHealth က ကုန်ကျခံသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရန် သင့် ForwardHealth ကတ်ကို သုံးပါ** |
| ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ | အပြည့်အဝ ကုန်ကျခံပေးသည်။  စရိတ်မျှခံငွေ- ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုလျှင် $.50 မှ $3 အထိ  **\*ForwardHealth က ကုန်ကျခံသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရန် သင့် ForwardHealth ကတ်ကို သုံးပါ။** |
| သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ | *[If covered by HMO insert applicable information]*  *[If not covered by HMO insert the following:]*  အပြည့်အဝ ကုန်ကျခံပေးသည်။  စရိတ်မျှခံငွေ- ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုလျှင် $0.50 မှ $3 အထိ  **\*ForwardHealth က ကုန်ကျခံသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရန် သင့် ForwardHealth ကတ်ကို သုံးပါ**  \*ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို စာမျက်နှာ *[xx]* တွင် ကြည့်ပါ |
| တစ်ခါသုံး ဆေးပစ္စည်းများ | *[Add coverage policy]* |
| ဆေးများ (ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးနှင့် ဆေးစာမဲ့ဝယ်ယူနိုင်သည့် ဆေးများ) | ဆရာဝန်ညွှန်သည့် အမှတ်တံဆိပ်မပါသော ဆေးဝါးနှင့် အမှတ်တံဆိပ်ပါသည့် ဆေးဝါးများအပြင် ဆေးစာမဲ့ ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးများအတွက် ကုန်ကျခံပေးငွေ။  စရိတ်မျှပေးငွေ- ဆေးစာမဲ့ဝယ်ယူနိုင်သည့် ဆေးများအတွက် $0.50  အမှတ်တံဆိပ်မပါသည့် ဆေးဝါးများအတွက် $1  အမှတ်တံဆိပ်ပါသည့် ဆေးဝါးများအတွက် $3  စရိတ်မျှခံငွေများကို အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးလျှင် ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူတစ်ဦးအတွက် တစ်လ $12 အထိ ကန့်သတ်ထားသည်။ ဆေးစာမဲ့ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးများကို အများဆုံး $12 တွင် ထည့်သွင်းမတွက်ချက်ပါ။  တစ်လလျှင် အကိုက်အခဲပျောက်ဆေး ထပ်ဖြည့်ခွင့် ငါးကြိမ်သတ်မှတ်ချက်။  \***ForwardHealth က ကုန်ကျခံသည်။ ဆေးဝါးများကို ရရှိရန် သင်၏ ForwardHealth ကတ်ကို သုံးပါ** |
| ကြာရှည်ခံ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ပစ္စည်းကိရိယာများ | *[Add coverage policy]* |
| ကလေးငယ်များအတွက် HealthCheck စစ်ဆေးမှုများ | *[Add coverage policy]*  \*ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို စာမျက်နှာ *[xx]* တွင် ကြည့်ပါ |
| အကြားအာရုံဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]* |
| အိမ်အရောက်စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]* |
| နာတာရှည်လူနာစောင့်ရှောက်မှု | *[Add coverage policy]* |
| ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများ- အတွင်းလူနာ | *[Add coverage policy]* |
| ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများ- ပြင်ပလူနာ | *[Add coverage policy]* |
| ဆေးရုံဝန်ဆောင်မှုများ- အရေးပေါ်ခန်း | *[Add coverage policy]* |
| စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေးစွဲရောဂါ ကုသခြင်း | *[Add coverage policy]*  \*ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို ဤစာမျက်နှာတွင် ကြည့်ပါ *[xx]* |
| စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]* |
| သမားတော်ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]* |
| ခြေဖဝါးနာအထူးကု ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]* |
| မီးမဖွားမီ/ကိုယ်ဝန်ဆောင် စောင့်ရှောက်မှု | *[Add coverage policy]* |
| မျိုးဆက်ပွားခြင်းနှင့် မိသားစုအစီအစဉ်ချခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ | *[Add coverage policy]*  \*ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို ဤစာမျက်နှာတွင် ကြည့်ပါ *[xx]* |
| ပုံမှန် အမြင်အာရုံစစ်ဆေးခြင်း | *[Add coverage policy]*  \*ကန့်သတ်ချက်အချို့ ရှိပါသည်။ အချက်အလက်များ ပိုမိုသိရှိလိုပါက ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ |
| ရောဂါကုထုံးများ-  ကာယကုထုံး၊ အလုပ်ပေးကုထုံး၊  စကားပြောခြင်းနှင့် ဘာသာစကား ကုထုံး | *[Add coverage policy]* |
| သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး- လူနာတင်ယာဉ်၊ အထူးမော်တော်ယာဉ်၊ ပုံမှန်သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးယာဉ် | အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုအတွက် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံ သွား/လာသည့် အရေးပေါ်နှင့် အရေးပေါ်မဟုတ်သော သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးစရိတ်များကို အပြည့်အဝ ကျခံပေးသည်။  စရိတ်မျှခံငွေ မပေးရပါ။  \*ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များကို ဤစာမျက်နှာတွင် ကြည့်ပါ *[xx]* |
| *[Additional services provided by HMO, if applicable]* | *[Description and copayment amounts for additional services provided by HMO]* |

# *[HMO]*က ကျခံပေးသည့်ဝန်ဆောင်မှုများ

## **စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေးစွဲရောဂါ ဝန်ဆောင်မှုများ**

[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]* သည် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးအား စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေးစွဲရောဂါ (မူးယစ်ဆေးနှင့် အရက်စွဲခြင်း) ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးသည်။ ဤဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်လျှင်   
[Note to HMO: Insert primary care physician, behavioral health manager, customer service, etc., as appropriate] ကိုခေါ်ဆိုပါ။ အကူအညီ ချက်ချင်းလိုအပ်လျှင် အရေးပေါ်ဖုန်းလိုင်း *[800-xxx-xxxx]* သို့ဖြစ်စေ၊ တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်လုံးဖွင့်လှစ်ထားသည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ 24 နာရီ သူနာပြုဖုန်းလိုင်း   
*[800-xxx-xxxx]* သို့ဖြစ်စေ ဖုန်းခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

*[HMO]* က ပံ့ပိုးသည့် ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးမှာ တစ်ဦးချင်းသီးသန့် ဖြစ်ပါသည်။

## **မိသားစုစီမံချက်ချခြင်း ဝန်ဆောင်မှုများ**

[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]* သည် အသက် 18 နှစ်အောက်များအပါအဝင် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးအတွက် သီးသန့်မိသားစု စီမံချက်ချသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်ပါသည်။ သင့်မိသားစုစီမံချက်အကြောင်းကို သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် မပြောလိုလျှင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန   
*[800-xxx-xxxx]* သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ မဟုတ်သည့် *[HMO]* မိသားစုစီမံချက်ချသူတစ်ဦးကို သင်ရွေးချယ်နိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့က ကူညီပေးပါမည်။

မိသားစုစီမံချက်ချသည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့ တိုက်တွန်းပါသည်။ ဤသို့အားဖြင့် သင်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအားလုံးကို ပိုမိုကောင်းမွန်စွာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ပေးနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ သို့သော် ဆေးခန်းသည် *[HMO]* ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ ကွန်ရက်အတွင်း မပါဝင်သည့်တိုင် သင်၏ ForwardHealth ID ကတ်ကို လက်ခံမည့် မည်သည့် သားဆက်ခြားဆေးခန်းသို့မဆိုလည်း သင်သွားနိုင်သည်။

## **HealthCheck ဝန်ဆောင်မှုများ**

HealthCheck သည် အသက် 21 နှစ်အောက် အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုစရိတ်များကို ကုန်ကျခံပေးသည်။ HealthCheck စစ်ဆေးမှုများကို “ကလေးကျန်းမာရေး ကောင်း၊ မကောင်း စစ်ဆေးမှုများ” ဟုလည်း သိထားကြပြီး သင်၏ကလေး သို့မဟုတ် လူငယ်များကို ၎င်းတို့ ကျန်းမာရေးကောင်းသည့်အချိန်တွင် ဆရာဝန်များနှင့် သွားရောက်ပြသခြင်း ဖြစ်သည်။ ဆရာဝန်က မေးခွန်းများမေးပြီး သင့်ကလေးကို စစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ပါသည်။ ဤသည်မှာ သင်၏ ကလေးသည် ကျန်းမာလျက်ရှိပြီး ဆက်လက်ကျန်းမာနေစေရန်အတွက် မှန်ကန်သည့် အဆင့်များကို ရရှိလျက်ရှိကြောင်း သေချာစေရန်ဖြစ်ပါသည်။ ဤသည်မှာ သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးအတွက် မေးစရာရှိသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမေးခွန်းများကို မေးမြန်းရန် အချိန်ကောင်းဖြစ်ပါသည်။ HealthCheck သည် သင့်ကလေးအတွက် HealthCheck စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်စဉ် တွေ့ရှိရသည့် ပြဿနာများအတွက် ကုသမှုများကိုလည်း ကျခံပေးပါသည်။

HealthCheck တွင် အောက်ပါရည်ရွယ်ချက် သုံးခု ရှိပါသည်-

1. အသက် 21 နှစ်အောက် ငယ်ရွယ်သူ အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို ရှာဖွေပေးရန်နှင့် ကုသပေးရန်။
2. အသက် 21 နှစ်အောက် ငယ်ရွယ်သူ အဖွဲ့ဝင်များအတွက် အထူးကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများအကြောင်း အချက်အလက်များကို မျှဝေရန်။
3. အခြားနည်းဖြင့် အကျုံးမဝင်သော ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအချို့အတွက် အသက် 21 နှစ်အောက် ငယ်ရွယ်သူအဖွဲ့ဝင်များ အကျုံးဝင်လာအောင် ဆောင်ရွက်ပေးရန်။

HealthCheck စစ်ဆေးမှုတွင် ပါဝင်သည်များ-

* အသက်အရွယ်အလိုက် ကာကွယ်ဆေးများ (ဆေးထိုးမှုများ)
* သွေးနှင့်ဆီး ဓာတ်ခွဲစစ်ဆေးမှုများ
* အသက် 1 နှစ်မှစတင်၍ သွားစစ်ဆေးခြင်းနှင့် သွားဆရာဝန်နှင့်ပြသရန် လွှဲပေးခြင်း
* ကျန်းမာရေးနှင့် ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု မှတ်တမ်း
* အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်းများ
* ခေါင်းအစ ခြေအဆုံး ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှု
* အသက် 1 နှစ်နှင့် 2 နှစ်အရွယ်ကလေးများအတွက်နှင့် ခဲဓာတ်ရှိ၊ မရှိ စစ်ဆေးမှု လုံးဝ မခံယူရသေးသော အသက် 6 နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ခဲဓာတ် စစ်ဆေးမှု
* အမြင်အာရုံစစ်ဆေးခြင်းများ

HealthCheck စစ်ဆေးမှုအတွက် အချိန်စီစဉ်ရန် သို့မဟုတ် နောက်ထပ် အချက်အလက်များပိုမိုသိရှိရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန *[800-xxx-xxxx]* သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

အကယ်၍ သင်သည် HealthCheck ရက်ချိန်းသို့ သွားပြရာတွင် အကြို/အပို့ ဝန်ဆောင်မှု လိုအပ်ပါက အကြို/အပို့အတွက် အချိန်စီစဉ်ရန် Wisconsin **အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြို/အပို့ဌာန (non-emergency medical transportation)** (NEMT) မန်နေဂျာ ဖုန်းနံပါတ်   
**866-907-1493** (သို့မဟုတ် TTY **800-855-2880**) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

## **သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ**

[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]* သည် အကျုံးဝင်သည့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအားလုံးကို *[Dental Benefit Manager]* မှတစ်ဆင့် ပေးအပ်သည်။ သင်သည် *[HMO or Dental Benefit Manager]* သွားဆရာဝန်ထံ သွားရောက်ပြသရပါမည်။ သင် သွားရောက်ပြသနိုင်သည့် *[HMO or Dental Benefit Manager]* သွားဆရာဝန် အမည်များကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသူလမ်းညွှန်တွင် ကြည့်ပါ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန *[800-xxx-xxxx]* သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

**ပုံမှန် သွား သွားပြရန်အတွက် သင် ရက်ချိန်းတောင်းပြီး ရက် 90 အတွင်း ရက်ချိန်းရခွင့် ရှိသည်**။ ရက် 90 အတွင်း သွားဆရာဝန်နှင့် ပြသရန် ရက်ချိန်းမရလျှင် *[HMO]* *[800-xxx-xxxx]* သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

သွားဆရာဝန်၏ ရုံးခန်းသို့သွားရန် အကြို/အပို့ အကူအညီလိုအပ်လျှင် Wisconsin အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြို/အပို့ဌာန (non-emergency medical transportation) NEMT မန်နေဂျာ ဖုန်းနံပါတ် 866-907-1493 (သို့မဟုတ် TTY 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ၎င်းတို့သည် သွားရေးလာရေးအတွက် အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။

**သင်သည် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရမည်ဆိုလျှင် သင် ရက်ချိန်းတောင်းဆိုပြီးချိန်းမှ 24 နာရီအတွင်း ကုသမှုခံယူခွင့်ရှိသည်**။ သွားဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်ကိစ္စဆိုသည်မှာ ဆိုးဆိုးရွားရွား သွားနာခြင်း၊ သွားများ ရောင်ကိုင်းခြင်း၊ ဖျားနာခြင်း၊ ပိုးဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် ဒဏ်ရာရရှိခြင်းတို့ ဖြစ်သည်။ အရေးပေါ် သွားကုသမှု ခံယူရမည်ဆိုလျှင်-

* *[HMO/DBM]* နှင့် ချိတ်ဆက်ထားသည့် သွားဆရာဝန်တစ်ဦး သင့်တွင် ရှိထားပြီးပါက-
* သွားဆရာဝန်၏ ရုံးကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
* သင် သို့မဟုတ် သင်၏ကလေးသည် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်ကြောင်း သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းကို ပြောပြပါ။
* သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းအား သွားပြဿနာအကြောင်းကို တိတိကျကျ ပြောဆိုပါ။ ၎င်းသည် အပြင်းအထန် သွားကိုက်ခြင်း သို့မဟုတ် မျက်နှာရောင်ကိုင်းနေခြင်းကဲ့သို့ ဝေဒနာမျိုးဖြစ်နိုင်သည်။
* သွား သွားပြသရန် ရက်ချိန်းအတွက် အကြို/အပို့ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရာတွင် အကူအညီလိုလျှင် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
* သင့်တွင် *[HMO/DBM]* နှင့် ချိတ်ထားသည့် သွားဆရာဝန်တစ်ဦး လောလောဆယ် မရှိပါက-
* [Note to HMO: insert dental benefits manager or HMO, as appropriate.]   
  သို့ ဖုန်းဆက်ပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင်၏ကလေးသည် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ။ သင့်အတွက် သွားဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများရရှိနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။
* သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းသို့ သွားရောက်ပြသရန် အကြို/အပို့ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရာတွင် အကူအညီလိုလျှင် ကျွန်ုပ်တို့ကို ပြောပြပါ။

[Statement 2- for all other counties]

သွားဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အတွက် ကျခံပေးပါသည်။ သင်သည် အာမခံတွင်အကျုံးဝင်သည့် သွားကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့် ForwardHealth ID ကတ်အား လက်ခံမည့် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ ရရှိနိုင်သည်။ Medicaid စာရင်းဝင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာဖွေရန်-

1. [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov) သို့ သွားပါ။
2. အဖွဲ့ဝင်များ (Members) လင့်ခ်ကိုဖြစ်စေ စာမျက်နှာအလယ်ပိုင်းရှိ အိုင်ကွန်ကိုဖြစ်စေ နှိပ်ပါ။
3. အောက်သို့ ဆွဲချပြီး အရင်းအမြစ်များ (Resources) တဘ်ကို နှိပ်ပါ။
4. ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာရန် (Find a Provider) လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ။
5. အစီအစဉ် (Program) အောက်ရှိ BadgerCare/Medicaid ကို ရွေးချယ်ပါ။

သို့မဟုတ် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 ကို ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

**ပုံမှန် သွား သွားပြရန်အတွက် သင် ရက်ချိန်းတောင်းပြီး ရက် 90 အတွင်း ရက်ချိန်းရခွင့် ရှိသည်**။ ရက် 90 အတွင်း သွားဆရာဝန်နှင့် ပြသရန် ရက်ချိန်းမရလျှင် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

သွားဆရာဝန်၏ ရုံးခန်းသို့သွားရန် အကြို/အပို့ အကူအညီလိုအပ်လျှင် Wisconsin အရေးပေါ် မဟုတ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြို/အပို့ဌာန (non-emergency medical transportation) NEMT မန်နေဂျာ ဖုန်းနံပါတ် 866-907-1493 (သို့မဟုတ် TTY 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ၎င်းတို့သည် သွားရေး လာရေး အတွက် အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။

**သင်သည် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရမည်ဆိုလျှင် သင် ရက်ချိန်းတောင်းဆိုပြီးချိန်းမှ 24 နာရီအတွင်း ကုသမှုခံယူခွင့်ရှိသည်**။ သွားဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်ကိစ္စဆိုသည်မှာ ဆိုးဆိုးရွားရွား သွားနာခြင်း၊ သွားများ ရောင်ကိုင်းခြင်း၊ ဖျားနာခြင်း၊ ပိုးဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် ဒဏ်ရာရရှိခြင်းတို့ ဖြစ်သည်။ အရေးပေါ် သွားကုသမှု ခံယူရမည်ဆိုလျှင်-

* သင့်တွင် ForwardHealth နှင့်ချိတ်ဆက်ထားသည့် သွားဆရာဝန်ရှိပြီးဖြစ်ပါက-
* သွားဆရာဝန်၏ ရုံးကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
* သင် သို့မဟုတ် သင်၏ကလေးသည် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်ကြောင်း သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းကို ပြောပြပါ။
* သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းအား သွားပြဿနာအကြောင်းကို တိတိကျကျ ပြောဆိုပါ။ ၎င်းသည် အပြင်းအထန် သွားကိုက်ခြင်း သို့မဟုတ် မျက်နှာရောင်ကိုင်းနေခြင်းကဲ့သို့ ဝေဒနာမျိုးဖြစ်နိုင်သည်။
* သွား သွားပြသရန် ရက်ချိန်းအတွက် အကြို/အပို့ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရာတွင် အကူအညီလိုလျှင် NEMT မန်နေဂျာ ဖုန်းနံပါတ် 866-907-1493 သို့မဟုတ် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
* လောလောဆယ် သင့်တွင် ForwardHealth နှင့်ချိတ်ဆက်ထားသည့် သွားဆရာဝန်မရှိသေးပါက-
* ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင် သို့မဟုတ် သင့်ကလေးတွင် အရေးပေါ် သွားကုသမှုခံယူရန် လိုအပ်နေကြောင်း ၎င်းတို့အား ပြောပြပါ။ သွားဘက်ဆိုင်ရာဝန်ဆောင်မှုများရရှိနိုင်စေရန် ၎င်းတို့က သင့်ကို ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။
* သွားဆရာဝန်၏ရုံးခန်းသို့ သွားရောက်ပြသရန် အကြို/အပို့ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရာတွင် အကူအညီလိုလျှင် ၎င်းတို့ကို ပြောပြပါ။

# FORWARDHEALTH က ကျခံပေးသော ဝန်ဆောင်မှုများ

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

## **အပြုအမူပိုင်း (အော်တစ်ဇင်) ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ**

အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများသည် *[BadgerCare Plus]* အောက်တွင် အကျုံးဝင်သည်။ သင်သည် အော်တစ်ဇင် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့် ForwardHealth ID ကတ်အား လက်ခံမည့် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ ရရှိနိုင်သည်။ Medicaid စာရင်းဝင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာဖွေရန်-

1. [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov) သို့ သွားပါ။
2. အဖွဲ့ဝင်များ (Members) လင့်ခ်ကိုဖြစ်စေ စာမျက်နှာအလယ်ပိုင်းရှိ အိုင်ကွန်ကိုဖြစ်စေ နှိပ်ပါ။
3. အောက်သို့ ဆွဲချပြီး အရင်းအမြစ်များ (Resources) တဘ်ကို နှိပ်ပါ။
4. ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာရန် (Find a Provider) လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ။
5. အစီအစဉ် (Program) အောက်ရှိ BadgerCare/Medicaid ကို ရွေးချယ်ပါ။

သို့မဟုတ် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

## **ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများ**

ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများသည် *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]*။ သင်သည် ကျောရိုးနှင့် အဆစ်အမြစ် ပြုပြင်ကုသရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့် ForwardHealth ID ကတ်အား လက်ခံမည့် Medicaid တွင် စာရင်းသွင်းထားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူထံမှ ရရှိနိုင်သည်။ Medicaid စာရင်းဝင် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာဖွေရန်-

1. [www.forwardhealth.wi.gov](http://www.forwardhealth.wi.gov) သို့ သွားပါ။
2. အဖွဲ့ဝင်များ (Members) လင့်ခ်ကိုဖြစ်စေ စာမျက်နှာအလယ်ပိုင်းရှိ အိုင်ကွန်ကိုဖြစ်စေ နှိပ်ပါ။
3. အောက်သို့ ဆွဲချပြီး အရင်းအမြစ်များ (Resources) တဘ်ကို နှိပ်ပါ။
4. ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအား ရှာရန် (Find a Provider) လင့်ခ်ကို နှိပ်ပါ။
5. အစီအစဉ် (Program) အောက်ရှိ BadgerCare/Medicaid ကို ရွေးချယ်ပါ။

သို့မဟုတ် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်

## **သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး ဝန်ဆောင်မှုများ**

သင်သည် အရေးပေါ်မဟုတ်သော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အကြို/အပို့ဌာန (non-emergency medical transportation) (NEMT) ၏ ဝန်ဆောင်မှုများကို Wisconsin NEMT မန်နေဂျာမှတစ်ဆင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ NEMT မန်နေဂျာသည် အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ပေးအပ်သည့်နေရာသို့ သွားရောက်စရာ နည်းလမ်းမရှိသော အဖွဲ့ဝင်များအတွက် ကြို/ပို့ စီစဉ်ပေးပြီး ကျသင့်ငွေ ပေးချေပါသည်။ NEMT တွင် အောက်ပါတို့ကိုအသုံးပြုသော ကြို/ပို့ကိစ္စများ ပါဝင်နိုင်သည်-

* မြို့ပတ်ဘတ်စ်ကားကဲ့သို့ အများသုံး သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးယာဉ်
* အရေးပေါ်မဟုတ်သည့် အခြေအနေများအတွက် လူနာတင်ယာဉ်များ
* အထူး ဆေးကုသရေးယာဉ်များ
* အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်သူ၏ ဆေးကုသမှုနှင့် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေး လိုအပ်ချက်များအပေါ် မူတည်၍ အခြား ယာဉ်အမျိုးအစားများ

သင့်တွင် ကားတစ်စီးရှိပြီး သင်ပြသရမည့်နေရာသို့ ကိုယ်တိုင်မောင်းနှင်သွားနိုင်သော်လည်း ဓါတ်ဆီခ မတတ်နိုင်လျှင် အကွာအဝေးအလိုက် တွက်ပေးသည့် စိုက်ထုတ်ပြန်ပေးငွေ (ဓာတ်ဆီအတွက် ကုန်ကျငွေ) ကို တောင်းခံနိုင်ပါသည်။

သင်သည် သွားပြမည့်ရက်မတိုင်မီ အနည်းဆုံး ရုံးဖွင့်ရက် နှစ်ရက်ကြိုတင်ကာ သွားလာရေးအတွက် စီစဉ်ရမည်။ NEMT မန်နေဂျာကို တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့အထိ၊ နံနက် 7 နာရီမှ ညနေ 6 နာရီအတွင်း 866-907-1493 (သို့မဟုတ် TTY 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သင်သည် အရေးတကြီး ပြသရမည့် ရက်ချိန်းများအတွက် သွားလာရေးကိုလည်း စီစဉ်နိုင်သည်။ အရေးတကြီး ပြသရမည့်  
ရက်ချိန်းအတွက် ကြို/ပို့အစီအစဉ်ကို သုံးနာရီအတွင်း လုပ်ပေးမည်။

## **ဆေးဆိုင် အကျိုးခံစားခွင့်များ**

သင်သည် *[HMO Name]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၊ အထူးကု၊ သို့မဟုတ် သွားဆရာဝန်ထံမှ ဆေးညွှန်းစာကို ရရှိနိုင်သည်။ သင်သည် အာမခံတွင်အကျုံးဝင်သည့် ဆရာဝန်ညွှန်သော ဆေးများနှင့် အချို့သော ဆေးစာမလိုဘဲ ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါးများကို သင့် ForwardHealth ID ကတ်အား လက်ခံမည့် ဆေးဆိုင်တိုင်းတွင် ရရှိနိုင်သည်။

အကျုံးဝင်သည့် ဆေးဝါးများတွင် စရိတ်မျှပေးခြင်း သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ချက်များရှိနိုင်သည်။ စရိတ်မျှ မပေးချေနိုင်ပါကလည်း သင်သည် ဆရာဝန်ညွှန်သည့်ဆေးများကို ရယူနိုင်သေးသည်။

*[Badgercare Plus or Medicaid SSI]* အောက်တွင် အကျုံးဝင်သော ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် ဆေးဝါးစရိတ်မျှပေးခြင်းတို့နှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းတစ်စုံတစ်ရာရှိလျှင် ForwardHealth အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှု ဖုန်းနံပါတ် 800-362-3002 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

# *[BADGERCARE PLUS and/or MEDICAID SSI]* အောက်တွင် အကျုံးမဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများ

အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများသည် *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* အောက်တွင် အကျုံးမဝင်ပါ-

* ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ မလိုအပ်သောဝန်ဆောင်မှုများ
* ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ချိန်တွင် *[HMO]* သို့မဟုတ် သင်၏ အဓိက စောင့်ရှောက်မှုပေးသူက ခွင့်ပြုမထားသော ဝန်ဆောင်မှုများ
* အိမ်ငှားခ သို့မဟုတ် အရစ်ကျသွင်းငွေများ၊ အစားအသောက်၊ ရေဖိုး၊ မီးဖိုး၊ ဖျော်ဖြေရေး၊ အဝတ်အစား၊ ပရိဘောဂ၊ အိမ်သုံးပစ္စည်းများနှင့် အာမခံ စသည်တို့ကဲ့သို့သော ပုံမှန်နေထိုင်စရိတ်များ
* စမ်းသပ် သို့မဟုတ် အလှအပရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်မှုများ
* မျိုးဆက်မပွားနိုင်မှုအတွက် ကုသမှုများ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများ
* မိမိဆန္ဒအလျောက် သားကြောဖြတ်ထားခြင်းကို ပြန်လည်ကုသခြင်း
* အသက် 22 နှစ်မှ 64 နှစ်ကြား အဖွဲ့ဝင်များအတွက် သမားရိုးကျကုသမှုအစားထိုး 15 ရက်မကျော်သည့် နေထိုင်မှုများမှလွဲ၍ ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးရောဂါဝေဒနာရှင် အတွင်းလူနာအဖြစ် နေထိုင်မှုများ
* အခန်းနှင့် ဘုတ်အဖွဲ့

# ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် နေရာအစားထိုး

Wisconsin Medicaid တွင် ပုံမှန်အားဖြင့် အကျုံးမဝင်သော အချို့ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့် နေရာများသည် *[HMO]* တွင် အကျုံးဝင်ကောင်း ဝင်နိုင်ပါသည်။ ဤဝန်ဆာင်မှုများကို “အစားထိုး” ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် နေရာများဟု ခေါ်သည်။

အောက်ပါတို့မှာ BadgerCare Plus သို့မဟုတ် Medicaid SSI အောက်တွင် အကျုံးဝင်သော အစားထိုးဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် နေရာများ ဖြစ်ပါသည်-

* တစ်လအတွင်း 15 ရက်ထက်မပိုဘဲ စိတ်ကျန်းမာရေးရောဂါကုသမှုဆေးရုံ (institute of mental disease) (IMD) တွင် အသက် 22-64 နှစ်ရှိသူအတွက် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အတွင်းလူနာ ဝန်ဆောင်မှုများ။
* အထူးစိုးရိမ်ရသည့်အဆင့်မရောက်သေးသော အသိုင်းအဝန်းအခြေပြု ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုသမှု (ကာလတို ဂေဟာအခြေပြု စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ)

အစားထိုးဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် နေရာက သင့်အတွက် သင့်တော်ခြင်းရှိ၊ မရှိကို အဖွဲ့လိုက် ဆုံးဖြတ်သည်။ *[HMO]* သည် သင်အကောင်းဆုံးရွေးချယ်မှု ပြုလုပ်နိုင်စေရေး အကူအညီပေးနိုင်ရန် သင်နှင့်သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူနှင့် အတူလုပ်ဆောင်ပါမည်။ **အဆိုပါနေရာများ သို့မဟုတ် ကုသမှုများအနက် တစ်ခုတွင် သင့်အနေဖြင့် မပါဝင်လိုကြောင်း ရွေးချယ်ပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။**

# ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဒုတိယ သဘောထားကို ရယူခြင်း

သင်သည် သင့်ဆရာဝန်၏ ကုသမှုဆိုင်ရာ အကြံပြုချက်များနှင့်ပတ်သက်၍ သဘောမတူပါက ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ ဒုတိယသဘောထားကိုလည်း ရယူနိုင်သည်။ အချက်အလက်များသိရှိနိုင်ရန် သင့် ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

# စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲခြင်း (ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ခြင်း)

*[HMO]* ၏ အဖွဲ့ဝင်တစ်ယောက်အနေဖြင့် သင်သည် စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့ကို အသုံးပြုခွင့်ရှိသည်။ စောင့်ရှောက်မှုစီမံခန့်ခွဲမှုသည် *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်များအတွက် အခမဲ့ ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းက သင်၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ကိုယ်စိတ်နှစ်ပါးချမ်းသာရေး ရည်မှန်းချက်များကို ဖော်ထုတ်သိရှိရန်နှင့် ရောက်ရှိစေရန် ကူညီပေးပါမည်။ စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့သည် စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ၊ ရပ်ရွာဝန်ဆောင်မှုများ၊ လူမှုရေး အထောက်အပံ့များနှင့် သင့်ကို ချိတ်ဆက်ပေးပါမည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ်အတွက် စာရင်းသွင်းသည့်အခါ သင်၏ အများနှင့်မတူသည့် ကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များအကြောင်းပြောဆိုရန် ကမ်းလင့်စာတစ်စောင်ကို ရရှိပါမည် သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုကို လက်ခံရရှိပါမည်။ သင့်လိုအပ်ချက်များကို အကောင်းဆုံး မည်သို့ဖြည့်ဆည်းနိုင်မည်ကို သိရှိနိုင်ရန်အတွက် ၎င်းကို ပြန်လည်တုံ့ပြန်ရန် အရေးကြီးပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် စောင့်ရှောက်မှု စီမံခန့်ခွဲရေးအဖွဲ့ ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့လည်း တိုက်ရိုက် ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

သင်၏ စောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာက ဆေးရုံ သို့မဟုတ် အခြား စောင့်ရှောက်မှုပေးသည့်နေရာမှ အိမ်သို့ ပြောင်းရွှေ့နိုင်ရန်လည်း သင့်ကို ကူညီနိုင်ပါသည်။ သင်ဆေးရုံတက်ရပါက အကူအညီရယူရန် သင်၏စောင့်ရှောက်မှုမန်နေဂျာ ဖုန်းနံပါတ် *[insert phone number or other instructions]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

# ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၊ အသက်ရှင်စဉ်သေတမ်းစာ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ (POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE) ကို ဖြည့်စွက်ခြင်း

သင်ကိုယ်တိုင် ဆုံးဖြတ်ချက်များမချနိုင်ပါက သင်လုပ်ဆောင်စေလိုသည့် ညွှန်ကြားချက်များကို ပေးပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ တစ်ခါတစ်ရံတွင် လူတို့သည် မတော်တဆမှုများ သို့မဟုတ် ပြင်းထန်သော နာမကျန်းမှုများကြောင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် မချမှတ်နိုင်ကြပါ။ ထိုအခြေအနေမျိုးတွင် သင်ဖြစ်စေလိုသည့်အရာကို ပြောပြပိုင်ခွင့်ရှိသည်။   
သင်က "ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်" တစ်ခုကို ရေးသားထားနိုင်သည့် သဘောဖြစ်သည်။

မတူညီသော ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်အမျိုးအစားများနှင့် ၎င်းတို့အတွက် မတူညီသောအမည်များ ရှိသည်။ “အသက်ရှင်စဉ်သေတမ်းစာ” နှင့် “ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ (power of attorney for health care)” ဟုခေါ်သော စာရွက်စာတမ်းများသည် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များဆိုင်ရာ ဥပမာများဖြစ်သည်။

ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်အား သင်လိုလားခြင်းရှိ၊ မရှိကို သင်ကဆုံးဖြတ်သည်။ သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်တစ်ခုကို ရေးသားဖန်တီးပြီး အသုံးပြုပုံကို ရှင်းပြနိုင်သည်။ သို့သော် ၎င်းတို့က ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်တစ်ခု ရှိထားရန် သင့်ကို အတင်းအကျပ် ဖိအားပေးခြင်း သို့မဟုတ် သင့်တွင်မရှိပါက ကွဲပြားစွာဆက်ဆံခြင်း မပြုလုပ်နိုင်ပါ။

ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်များအကြောင်း ပိုမိုသိရှိလိုပါက သင့်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူကို ဆက်သွယ်ပါ။ Wisconsin ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဌာန (Department of Health Service, DHS) ဝက်ဘ်ဆိုက် [https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm) တွင်လည်း ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် ပုံစံများကို တွေ့ရှိနိုင်သည်

သင်၏ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၊ အသက်ရှင်စဉ်သေတမ်းစာ သို့မဟုတ် ရှေ့နေလွှဲစာပါ ဆန္ဒများအတိုင်း မလိုက်နာပါက သင့်တွင် DHS အရည်အသွေးအာမခံဌာနခွဲ (Division of Quality Assurance) သို့ မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းခွင့်ရှိသည်။ DHS အရည်အသွေးအာမခံဌာနခွဲ (Division of Quality Assurance) ဖုန်းနံပါတ် 800-642-6552 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းဖြင့် မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီရယူနိုင်သည်။

# ကုသမှုအသစ်များနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ

*[HMO]* တွင် ဝန်ဆောင်မှုနှင့် ကုသမှု အမျိုးအစားသစ်များကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန် လုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခု ရှိသည်။ ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း လုပ်ငန်းစဉ်၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအနေဖြင့် *[HMO]* သည်-

* ကုသမှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုအသစ်များသည် ဘေးကင်းပြီး အသုံးဝင်ကြောင်း သေချာစေရန် သိပ္ပံနည်းကျ လေ့လာမှုများနှင့် စောင့်ရှောက်မှု စံနှုန်းများကို ပြန်လည်သုံးသပ်သည်။
* ကုသမှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုကို အစိုးရက ခွင့်ပြုထားခြင်းရှိ၊ မရှိ ကြည့်ရှုစစ်ဆေးသည်။

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

# အခြား အာမခံ

သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား သင့်တွင် *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* အပြင် အခြားအာမခံရှိ၊ မရှိအကြောင်း ပြောပြပါ။ သင်၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများသည် *[HMO]* ကို ငွေတောင်းခံခြင်းမပြုမီ သင်၏အခြားအာမခံကို ငွေတောင်းခံရမည်။ သင်၏ *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် သင်၏အခြားအာမခံကို လက်မခံပါက HMO စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ၊ ဖုန်းနံပါတ် 800-291-2002 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ၎င်းတို့က အာမခံအစီအစဉ် နှစ်ခုစလုံးကို မည်သို့အသုံးပြုရမည်ကို သင့်အား ပြောပြနိုင်သည်။

# သင်ပြောင်းရွှေ့လျှင်

သင့်အနေဖြင့် ပြောင်းရွှေ့ရန် စီစဉ်နေပါက သင့်ကောင်တီ သို့မဟုတ် လူမျိုးစုအဖွဲ့အစည်းကို ဆက်သွယ်ပါ။ သင်သည် အခြားကောင်တီတစ်ခုသို့ ပြောင်းရွှေ့ပါက BadgerCare Plus သို့မဟုတ် Medicaid SSI အတွက် သင်၏ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို အပ်ဒိတ်လုပ်ရန် သင့်ကောင်တီအသစ်ရှိ ကောင်တီ သို့မဟုတ် လူမျိုးစုအဖွဲ့အစည်းကိုလည်း ဆက်သွယ်ရမည်။

သင်သည် *[HMO]* ၏ ဝန်ဆောင်မှုဧရိယာပြင်ပသို့ ပြောင်းရွှေ့ပါက HMO စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ၊ ဖုန်းနံပါတ် 800-291-2002 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ ၎င်းတို့သည် သင့်နေရာအသစ်တွင် ဝန်ဆောင်မှုပေးမည့် HMO အသစ်ကို ရွေးချယ်ရာတွင် သင့်ကို ကူညီပေးပါမည်။

# သင်၏ MEDICAID ကုန်ကျခံပေးငွေဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများ

အကယ်၍ သင်သည် ForwardHealth သို့မဟုတ် *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO မှ *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* HMO အသစ်သို့ ပြောင်းခဲ့လျှင် သင့်တွင်အောက်ပါတို့ကို လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်-

* သင်၏လက်ရှိ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် ဆက်လက်ပြသပြီး သင်၏လက်ရှိဝန်ဆောင်မှုများကို ရက် 90 ကြာအထိ ရယူအသုံးပြုခွင့်ရှိသည်။ စာရင်းသွင်းသည့်အခါတွင် သင်၏ဝန်ဆောင်မှု ပေးသူမှာ မည်သူဖြစ်သည်ကို ၎င်းတို့အား အသိပေးရန် သင့် HMO အသစ်ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ရက်ပေါင်း 90 ပြည့်ပြီးနောက် ဤဝန်ဆောင်မှုပေးသူသည် HMO ကွန်ရက်တွင် မရှိသေးပါက HMO ကွန်ရက်တွင်ရှိသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ အသစ်ကို သင်ရွေးချယ်ရမည်။
* ပြင်းထန်သော ကျန်းမာရေးအန္တရာယ် သို့မဟုတ် ဆေးရုံတက်ကုသရခြင်းမှ ရှောင်ရှားရန် သင်လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူပိုင်ခွင့်။

သင့်ကို ကုန်ကျခံပေးသည့်ပမာဏဆိုင်ရာ အပြောင်းအလဲများအကြောင်း အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိရန် *[HMO]* ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှု၊ ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

# HMO ကင်းလွတ်ခွင့်များ

*[HMO]* သည် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အစည်း (health maintenance organization) သို့မဟုတ် HMO ဖြစ်ပါသည်။ HMO များသည် ရွေးချယ်ထားသော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ဝန်ဆောင်မှုများကို ကမ်းလှမ်းသည့် အာမခံကုမ္ပဏီများဖြစ်သည်။

ယေဘုယျအားဖြင့် BadgerCare Plus နှင့် Medicaid SSI မှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိရန် သင်သည် HMO တစ်ခုတွင် စာရင်းသွင်းရမည်။ HMO ကင်းလွတ်ခွင့် ဆိုသည်မှာ သင်၏ BadgerCare Plus သို့မဟုတ် Medicaid SSI အကျိုးခံစားခွင့်များကို ရရှိရန်အတွက် HMO တွင် အဖွဲ့ဝင်ရန် မလိုအပ်ခြင်းဖြစ်သည်။ ကင်းလွတ်ခွင့်အများစုကို တိုတောင်းသော အချိန်ကာလတစ်ခုအထိသာ ခွင့်ပြုသည်။ ပုံမှန်အားဖြင့် HMO တစ်ခုတွင် စာရင်းမသွင်းမီ သင့်ကို ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်တစ်ခုပြီးဆုံးသည်အထိ ရယူခွင့်ပြုပါသည်။ HMO စာရင်းသွင်းခြင်းမှ ကင်းလွတ်ခွင့်ရရန် လိုအပ်သည်ဟု သင်ယူဆပါက HMO စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ၊ ဖုန်းနံပါတ် 800-291-2002 သို့ ခေါ်ဆိုပြီး နောက်ထပ်အချက်အလက်များကို ရယူပါ။

# မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံလွှာ တင်သွင်းခြင်း

## **မကျေနပ်ချက်များ**

**မကျေနပ်ချက် ဆိုသည်မှာ အဘယ်နည်း။**

ကျွန်ုပ်တို့၏ အစီအစဉ် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများကို စိတ်တိုင်းမကျပါက သင့်တွင် မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ မကျေနပ်ချက် ဆိုသည်မှာ *[HMO]* အပေါ်ဖြစ်စေ၊ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများနှင့်ပတ်သက်၍ *[HMO]* က ချမှတ်ခဲ့သော ဆုံးဖြတ်ချက်နှင့်မဆိုင်သည့် ကွန်ရက်ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးအပေါ်ဖြစ်စေ ပြုလုပ်သော တိုင်ကြားချက် တစ်စုံတစ်ရာ ဖြစ်သည်။ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် စောင့်ရှောက်မှု၏ အရည်အသွေး၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်းတစ်ဦး၏ ရိုင်းပျမှုနှင့် အဖွဲ့ဝင်ဖြစ်သူ သင်၏အခွင့်အရေးများကို မလေးစားခြင်းကဲ့သို့သော အရာများနှင့် ပတ်သက်၍ မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

**မကျေနပ်ချက်ကို မည်သူက တင်သွင်းနိုင်သနည်း။**

သင်က မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး၊ တရားဝင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချသူ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးကလည်း သင့်ကိုယ်စား မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းနိုင်သည်။ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးက သင့်ကိုယ်စား မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းသည်ရှိသော် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ထံ ဆက်သွယ်ပါမည်။

**မည်သည့်အချိန်တွင် မကျေနပ်ချက်ကို တင်သွင်းနိုင်သနည်း။**

သင် (သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားလှယ်) သည် မကျေနပ်ချက်ကို အချိန်မရွေး တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။

***[HMO]* ထံ မည်ကဲ့သို့ မကျေနပ်ချက်တင်သွင်းရမည်နည်း။**

သင့်တွင် မကျေနပ်ချက်ရှိပါက *[HMO]* အဖွဲ့ဝင် ပံ့ပိုးကူညီရေး၊ ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူ၍ ကျွန်ုပ်တို့ထံ စာရေးပါ-

*[HMO Name and Mailing Address]*

သင်က *[HMO]* ထံသို့ မကျေနပ်ချက်တင်သွင်းပါက *[HMO]* ၏ Grievance and Appeal Committee (မကျေနပ်ချက်နှင့် အယူခံရေးရာ ကော်မတီ) ၏ ရှေ့မှောက်တွင် တယ်လီဖုန်းဖြင့် သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင် တင်သွင်းပိုင်ခွင့် ရှိပါမည်။ မကျေနပ်ချက် ဖြေရှင်းရာတွင် သင့်အား ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးရန် *[HMO]* သည် မကျေနပ်ချက်ကို လက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲမှ ရက် 30 အချိန်ရပါမည်။

**မကျေနပ်ချက်တင်သွင်းရာတွင် မည်သူက ကျွန်ုပ်ကို ကူညီနိုင်သနည်း။**

*[HMO]* ၏ အဖွဲ့ဝင် ပံ့ပိုးကူညီရေးသည် ပြဿနာ ဖြေရှင်းရာတွင် သင်နှင့်လက်တွဲလုပ်ဆောင်နိုင်သည် သို့မဟုတ် မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းရာတွင် သင့်ကို ကူညီပေးနိုင်သည်။

ပြဿနာနှင့်ပတ်သက်၍ *[HMO]* ပြင်ပရှိ တစ်စုံတစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးလိုပါက Wisconsin HMO စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) အစီအစဉ် ဖုန်းနံပါတ် 800-760-0001 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။ စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) အစီအစဉ်သည် ပြဿနာဖြေရှင်းရန် သို့မဟုတ် *[HMO]* ထံသို့ တရားဝင် မကျေနပ်ချက်ကို စာရေးသားပေးပို့ရန် သင့်ကို ကူညီနိုင်သည်။ သင်သည် Medicaid SSI အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းထားပါက မကျေနပ်ချက်တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီရယူရန် SSI ပြင်ပပံ့ပိုးကူညီသူ၊ ဖုန်းနံပါတ် 800-928-8778 သို့လည်း ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

***[HMO]* ၏ တုံ့ပြန်မှုကို ကျွန်ုပ်သဘောမတူပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။**

သင်၏ မကျေနပ်ချက်အတွက် *[HMO]* ၏ တုံ့ပြန်မှုကို သင် သဘောမတူပါက Wisconsin ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Wisconsin Department of Health Services, DHS) ထံ သင့်မကျေနပ်ချက်ကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် တောင်းဆိုနိုင်သည်။

**စာရေးသားပေးပို့ရန်-** BadgerCare Plus and Medicaid SSI

HMO Ombuds

P.O. Box 6470

Madison, WI 53716-0470

**သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုရန်-** 800-760-0001

**မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းပါက ကျွန်ုပ်သည် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမည်လား။**

တိုင်ကြားချက် သို့မဟုတ် မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းခြင်းကြောင့် သင့်ကို အခြားအဖွဲ့ဝင်များနှင့်မတူဘဲ ခွဲခြားဆက်ဆံမည်မဟုတ်ပါ။ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များကို ထိခိုက်စေမည် မဟုတ်ပါ။

## **အယူခံဝင်ခြင်းများ**

**အယူခံဝင်ခြင်းဆိုတာ ဘာလဲ။**

*[HMO]* က ချမှတ်ထားသော ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို သင် မကျေနပ်ပါက သင့်တွင် အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုခွင့်ရှိသည်။ အယူခံဝင်ခြင်းသည် သင့်ဝန်ဆောင်မှုများပေါ် သက်ရောက်မှုရှိသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုကို ပြန်လည်သုံးသပ်ပေးရန် *[HMO]* အား တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်သည်။ ဤဆုံးဖြတ်ချက်များကို **အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် ထိခိုက်စေသော ဆုံးဖြတ်ချက်များ**ဟု ခေါ်သည်။

**အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် ထိခိုက်စေသော ဆုံးဖြတ်ချက်**သည် အောက်ပါတို့အနက် မည်သည့်အရာကိုမဆို ဆိုလိုသည်-

* *[HMO]* သည် သင်လက်ရှိရနေသော ဝန်ဆောင်မှုကို ရပ်တန့်ရန်၊ ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် လျှော့ချရန် စီစဉ်ခြင်း။
* *[HMO]* သည် သင်တောင်းဆိုခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုကို ငြင်းပယ်ရန် ဆုံးဖြတ်ခြင်း။
* *[HMO]* သည် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် မပေးချေရန် ဆုံးဖြတ်ခြင်း။
* *[HMO]* သည် သင်ပေးချေစရာမရှိသူအား ငွေပမာဏတစ်ခုခု ပေးချေရန် သင့်အား တောင်းဆိုခြင်း။
* *[HMO]* သည် HMO တစ်ခုတည်းရှိသည့် ကျေးလက်ဒေသတွင် သင်နေထိုင်သည့်အခါ ကွန်ရက်ပြင်ပ ပံ့ပိုးသူထံမှ ဝန်ဆောင်မှုကို ရယူရန် သင့်တောင်းဆိုမှုအား ငြင်းပယ်ရန် ဆုံးဖြတ်ခြင်း။
* *[HMO]* သည် ဝန်ဆောင်မှုများအား အချိန်ကိုက် စီစဉ်ပေးရန် သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးရန် ပျက်ကွက်ခြင်း။
* *[HMO]* သည် သတ်မှတ်ထားသည့် အချိန်ကာလအတွင်း သင့်မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံဝင်မှုကို မဖြေရှင်းပေးနိုင်ခြင်း။

အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် ထိခိုက်စေသော ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်ရရှိခဲ့ပါက *[HMO]* က သင့်ထံ စာတစ်စောင် ပို့ပါမည်။

**မည်သူက အယူခံ တင်သွင်းနိုင်သနည်း။**

သင်သည် အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ်၊ တရားဝင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချသူ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးကလည်း သင့်အတွက် အယူခံ တင်သွင်းနိုင်သည်။ ခွင့်ပြုချက်ရ ကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူတစ်ဦးက သင့်အတွက် အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုသည်ရှိသော် သင့်ခွင့်ပြုချက်ကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့က သင့်ထံ ဆက်သွယ်ပါမည်။

**မည်သည့်အချိန်တွင် အယူခံတင်သွင်းနိုင်သနည်း။**

သင် (သို့မဟုတ် သင့်ကိုယ်စားလှယ်) သည် အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် ထိခိုက်စေသော ဆုံးဖြတ်ချက်အကြောင်း ဖော်ပြထားသည့်စာကို သင်ရရှိသည့်ရက်မှ ရက် 60 အတွင်း အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုရမည်။

**[HMO] ထံ မည်ကဲ့သို့ အယူခံတင်သွင်းရမည်နည်း။**

အကျိုးခံစားခွင့်အပေါ် ထိခိုက်စေသော ဆုံးဖြတ်ချက်ကို အယူခံဝင်လိုပါက သင်သည် *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ပံ့ပိုးကူညီရေး ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည် သို့မဟုတ် အောက်ပါလိပ်စာသို့ လိပ်မူ၍ စာရေးသားနိုင်သည်-

*[HMO Name and Mailing Address]*

သင်က *[HMO]* ထံ အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုပါက *[HMO]* ၏ Grievance and Appeal Committee (မကျေနပ်ချက်နှင့် အယူခံရေးရာ ကော်မတီ) ၏ ရှေ့မှောက်တွင် တယ်လီဖုန်းဖြင့် သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင် အယူခံဝင်ခွင့် ရှိပါမည်။ သင်အယူခံဝင်ရန် တောင်းဆိုလိုက်သည်နှင့် သင့်ကို ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးရန် *[HMO]* တွင် ပြက္ခဒိန်ရက် 30 အချိန်ရပါမည်။

**ဆုံးဖြတ်ချက်တစ်ခုအတွက် ရက် 30 မစောင့်နိုင်ပါက မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။**

ရက် 30 စောင့်ဆိုင်းခြင်းက သင့်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် သင်၏ နေ့စဉ်လုပ်ငန်းဆောင်တာများ လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်းကို ဆိုးဝါးစွာ ထိခိုက်နိုင်သည်ဟု သင် သို့မဟုတ် သင့်ဆရာဝန်က ယူဆပါက သင်သည် အမြန်အယူခံဝင်ခြင်းကို တောင်းဆိုနိုင်သည်။ သင်သည် အမြန်အယူခံဝင်ရန် လိုအပ်ကြောင်း *[HMO]* က သဘောတူပါက ဆုံးဖြတ်ချက်ကို 72 နာရီအတွင်း သင်ရရှိပါမည်။

**အယူခံဝင်ရန်တောင်းဆိုရာတွင် မည်သူက ကျွန်ုပ်ကို ကူညီနိုင်သနည်း။**

အယူခံဝင်ရန်တောင်းဆိုစာ ရေးသားရာတွင် အကူအညီလိုလျှင် သင်၏ *[HMO]* အဖွဲ့ဝင်ပံ့ပိုးကူညီရေး ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

*[HMO]* ပြင်ပရှိ တစ်စုံတစ်ဦးနှင့် ဆွေးနွေးလိုပါက BadgerCare Plus နှင့် Medicaid SSI စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) ဖုန်းနံပါတ် 800-760-0001 သို့ ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။ သင်သည် Medicaid SSI အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းထားပါက သင့်အယူခံလွှာနှင့်ပတ်သက်၍ အကူအညီရယူရန် SSI ပြင်ပပံ့ပိုးကူညီသူ ဖုန်းနံပါတ် 800-708-3034 သို့လည်း ခေါ်ဆိုနိုင်သည်။

**ကျွန်ုပ်အယူခံဝင်ထားသည့်ကာလအတွင်း ဝန်ဆောင်မှုကို ဆက်လက်ရရှိနိုင်သလား။**

*[HMO]* က သင်လက်ရှိရနေသည့် ဝန်ဆောင်မှုကို ရပ်တန့်ရန်၊ ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် လျှော့ချရန် ဆုံးဖြတ်လျှင် အယူခံဝင်ထားသည့်ကာလအတွင်း သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို ဆက်လက်ရရှိရန် တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ အောက်ဖော်ပြပါ သတ်မှတ်အချိန်ကာလအတွင်း မည်သည်က ပိုနောက်ကျသည်ဖြစ်စေ သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စာဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အီးမေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ ပေးပို့ရပါမည်-

* *[HMO]* က သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို ရပ်တန့်ရန် သို့မဟုတ် လျှော့ချရန် စီစဉ်ထားသည့် ရက်စွဲ သို့မဟုတ် ယင်းရက်မတိုင်မီ
* သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို လျှော့ချတော့မည့်အကြောင်း အသိပေးစာရရှိချိန်မှ 10 ရက်အတွင်း

သင့်အယူခံဝင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်မှာ သင်လိုလားသည့်အတိုင်း မဟုတ်ပါက အယူခံဝင်နေစဉ် အတောအတွင်း သင်ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် *[HMO]* ကို ပြန်လည်ပေးချေရနိုင်သည်။

**အယူခံဝင်ရန်တောင်းဆိုလျှင် ကျွန်ုပ်သည် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမည်လား။**

အယူခံဝင်ရန်တောင်းဆိုခြင်းကြောင့် သင့်ကို အခြား အဖွဲ့ဝင်များနှင့်မတူဘဲ ခွဲခြားဆက်ဆံမည် မဟုတ်ပါ။ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် အခြားအကျိုးခံစားခွင့်များ၏ အရည်အသွေးကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

**ကျွန်ုပ်၏အယူခံဝင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ကျွန်ုပ်သဘောမတူလျှင် မည်သို့ဖြစ်မည်နည်း။**

သင့်အယူခံဝင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်သဘောမတူပါက Wisconsin ကြားနာမှုနှင့် အယူခံရေးရာဌာန (Division of Hearing and Appeals) ထံတွင် တရားမျှတသော ကြားနာမှုတစ်ခုကို တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ တရားမျှတသော ကြားနာမှုများအကြောင်းကို အောက်တွင် ပိုမိုလေ့လာပါ။

## **တရားမျှတသော ကြားနာမှုများ**

**တရားမျှတသော ကြားနာမှုဆိုတာ ဘာပါလဲ။**

တရားမျှတသော ကြားနာမှုဆိုသည်မှာ သင်၏အယူခံဝင်မှုအပေါ် *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင်နေထိုင်ရာ ကောင်တီအတွင်းရှိ စီမံအုပ်ချုပ်ရေးဥပဒေဆိုင်ရာ တရားသူကြီး (Administrative Law Judge) တစ်ဦးက ပြန်လည်သုံးသပ်မှုပြုလုပ်ခြင်းဖြစ်သည်။ **တရားမျှတသောကြားနာမှုကို တောင်းခံခြင်းမပြုမီ ဦးစွာ *[HMO]* သို့ အယူခံဝင်ရမည်။**

**တရားမျှတသောကြားနာမှုတစ်ခုကို မည်သည့်အချိန်တွင် တောင်းဆိုနိုင်သနည်း။**

သင်၏ အယူခံလွှာနှင့်ပတ်သက်သည့် *[HMO]* ၏ စာဖြင့်ရေးသားထားသော ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ရရှိသည့်ရက်မှ ရက်ပေါင်း 90 အတွင်း တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုရပါမည်။

**တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို မည်သို့တောင်းဆိုရမည်နည်း။**

တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို ရယူလိုလျှင် စာဖြင့်ရေးသားတောင်းဆိုမှုကို အောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ပါ-

Department of Administration

Division of Hearings and Appeals

P.O. Box 7875

Madison, WI 53707-7875

ကြားနာမှုတွင် သင့်အတွက် ကိုယ်စားပြုပေးပိုင်ခွင့်ရှိပြီး အကူအညီရယူရန် မိတ်ဆွေတစ်ဦးကို ခေါ်ဆောင်လာနိုင်သည်။ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် ဘာသာစကား ဘာသာပြန်ဆိုမှုအတွက် အထူးအစီအစဉ်ကို လိုအပ်ပါက‌ 608-266-7709 ကို ခေါ်ဆိုပါ။

**တရားမျှတသောကြားနာမှုကို တောင်းဆိုရန် မည်သူက ကူညီပေးနိုင်သနည်း။**

သင်သည် တရားမျှတသော ကြားနာမှုအတွက် စာရေးသား၍ တောင်းဆိုရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ BadgerCare Plus နှင့် Medicaid SSI စုံစမ်းစစ်ဆေးသူများ (Ombuds) ဖုန်းနံပါတ်   
800-760-0001 ကိုခေါ်ဆိုပါ။ သင်သည် Medicaid SSI အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းထားပါက SSI ပြင်ပပံ့ပိုးကူညီသူ ဖုန်းနံပါတ် 800-708-3034 သို့လည်း ခေါ်ဆိုပြီး အကူအညီ ရယူနိုင်ပါသည်။

**တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုထားသည့် ကာလအတွင်း ဝန်ဆောင်မှုကို ဆက်လက်ရရှိနိုင်ပါသလား။**

သင်လက်ရှိရနေသည့် ဝန်ဆောင်မှုကို ရပ်တန့်ရန်၊ ဆိုင်းငံ့ရန် သို့မဟုတ် လျှော့ချရန် *[HMO]* က ဆုံးဖြတ်လျှင် *[HMO]* ထံတွင် သင်အယူခံဝင်ပြီး တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုထားချိန်အတွင်း သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို ဆက်လက်ရရှိရန် တောင်းခံပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ *[HMO]* ထံတွင် သင်အယူခံဝင်ထားသည့်ကာလအတွင်း ဝန်ဆောင်မှုဆက်လက်ရရှိရန် သင့်အနေဖြင့် တောင်းခံထားပြီးဖြစ်လျှင်ပင် တရားမျှတသောကြားနာမှုအတွင်း ဝန်ဆောင်မှုဆက်လက်ရရှိရန်အတွက် တောင်းခံရန် လိုအပ်နေဦးပါမည်။ အောက်ဖော်ပြပါ သတ်မှတ်အချိန်ကာလအတွင်း မည်သည်က ပိုနောက်ကျသည်ဖြစ်စေ သင်၏တောင်းဆိုမှုကို စာဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အီးမေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ ပေးပို့ရပါမည်-

* *[HMO]* က သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို ရပ်တန့်ရန် သို့မဟုတ် လျှော့ချရန် စီစဉ်ထားသည့် ရက်စွဲ သို့မဟုတ် ယင်းရက်မတိုင်မီ
* သင့်ဝန်ဆောင်မှုကို လျှော့ချတော့မည့်အကြောင်း အသိပေးစာရရှိချိန်မှ 10 ရက်အတွင်း

စီမံအုပ်ချုပ်ရေးဥပဒေဆိုင်ရာ တရားသူကြီး၏ ဆုံးဖြတ်ချက်သည် သင်လိုလားသည့်အတိုင်း မဟုတ်ပါက အယူခံကာလအတွင်း သင်ရရှိခဲ့သည့် ဝန်ဆောင်မှုအတွက် *[HMO]* ကို ပြန်လည်ပေးချေရပါမည်။

**တရားမျှတသောကြားနာမှုကိုတောင်းဆိုလျှင် ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမည်လား။**

သင်က တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုခြင်းကြောင့် သင့်ကို အခြား အဖွဲ့ဝင်များနှင့်မတူဘဲ ခွဲခြားဆက်ဆံမည်မဟုတ်ပါ။ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် အခြားအကျိုးခံစားခွင့်များ၏ အရည်အသွေးကို ထိခိုက်စေမည်မဟုတ်ပါ။

# သင်၏ရပိုင်ခွင့်များ

1. **သင့်အတွက် အဆင်ပြေမည့် နည်းလမ်းတစ်ခုခုဖြင့် အချက်အလက်များကို ရယူခွင့် ရှိပါသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* သင်သည် *[BadgerCare Plus, Medicaid SSI]* အကျုံးဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုခုကို ရရှိချိန်အတောအတွင်း စကားပြန်တစ်ဦးကို ရယူပိုင်ခွင့်။
* သင်သည် အခြား ဘာသာစကား သို့မဟုတ် ဖောမတ်ဖြင့် ဤအဖွဲ့ဝင်လက်စွဲစာအုပ်ကို ရယူပိုင်ခွင့်။

1. **သင့်ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားပြီး သင့်ကို ဂုဏ်သိက္ခာရှိရှိ၊ တလေးတစားနှင့် မျှမျှတတ ဆက်ဆံခံရခွင့်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမှကင်းလွတ်ခွင့်။ *[HMO]* သည် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းနှင့် မမျှမတဆက်ဆံမှုမျိုးမှ သင့်ကို ကာကွယ်ပေးထားသော ဥပဒေများကို လိုက်နာရပါမည်။ *[HMO]* သည် အောက်ပါတို့ကို ပဓာနမထားဘဲ အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများကို သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးထံ ပံ့ပိုးပေးသည်။
  + အသက်
  + အသားအရောင်
  + မသန်စွမ်းမှု
  + နိုင်ငံဇာတိ
  + လူမျိုး
  + ကျား/မ
  + ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ
  + လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု
  + လိင်စိတ်ခံယူချက်

ဆေးကုသမှုအရ လိုအပ်သော အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ရရှိနိုင်ပြီး အဖွဲ့ဝင်အားလုံးအား ပုံစံတစ်မျိုးတည်းဖြင့် ပံ့ပိုးပေးပါမည်။ ဝန်ဆောင်မှုများကို အဖွဲ့ဝင်များအား ရည်ညွှန်းပေးသည့် သို့မဟုတ် အကြံပြုပေးသည့် *[HMO]* နှင့် ချိတ်ဆက်ထားသော လူပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအားလုံးသည် အဖွဲ့ဝင်အားလုံးကို တစ်သမတ်တည်း ပြုမူလုပ်ဆောင်ပေးရမည်။

* အကျပ်ကိုင်ရန်၊ စည်းကမ်းလိုက်နာစေရန်၊ အဆင်ပြေစေရန် သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ရန်သုံးသည့် ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် သီးခြားခွဲထားခြင်း မည်သည့်ပုံစံမျိုးမှမဆို ကင်းလွတ်ခွင့်။ ဆိုလိုသည်မှာ သင့်ကို တစ်နည်းနည်းဖြင့် ပြုမူလာစေရန်၊ သင့်ကို အပြစ်ပေးရန်အတွက်ဖြစ်စေ၊ ယင်းသို့ပြုလုပ်ခြင်းကို အသုံးဝင်သည်ဟု တစ်စုံတစ်ယောက်က ယူဆသောကြောင့်ဖြစ်စေ ထိန်းချုပ်ခြင်း သို့မဟုတ် တစ်ဦးတည်းနေခိုင်းခြင်းတို့မှ သင့်အနေဖြင့် ကင်းလွတ်ခွင့်ရှိပါသည်။
* ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုရရှိပိုင်ခွင့်။ *[HMO]* သည် သင်၏ကိုယ်ရေးအချက်အလက်နှင့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ၏ သီးသန့်လုံခြုံမှုကို ကာကွယ်ပေးသည့် ဥပဒေများကို လိုက်နာရပါမည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် *[HMO]* ၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ အသိပေးချက် (Notice of Privacy Practices) ကို ကြည့်ပါ။

1. **သင်သည် ဖက်ဒရယ်နှင့် ပြည်နယ် ဥပဒေတွင် ပြဋ္ဌာန်းထားသည့်အတိုင်း ကျန်းမာရေးစောင်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* ပံ့ပိုးထားသော ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိပိုင်ခွင့်နှင့် သင်လိုအပ်သည့်အချိန်တိုင်း ၎င်းတို့ကို ရယူအသုံးပြုနိုင်ခွင့်။ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအရ သင့်တော်သည့်အခါ တစ်နေ့လျှင် 24 နာရီ၊ တစ်ပတ်လျှင် ခုနစ်ရက်လုံး ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ရမည်။

1. **သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* စရိတ်စက သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ဆိုင်ရာ ကုန်ကျခံပေးငွေကို ပဓာနမထားဘဲ ကုသမှုရွေးချယ်စရာများအကြောင်း အချက်အလက်များကို ရရှိပိုင်ခွင့်။
* ဆေးကုသမှု သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်ကုသမှုကို လက်ခံရယူခွင့် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ပိုင်ခွင့်နှင့် သင့်စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဆုံးဖြတ်ချက်များကို ပါဝင်ချမှတ်ပိုင်ခွင့်။
* သင့်ဆန္ဒသဘောထားများကို မဖော်ပြနိုင်ဖြစ်လာလျှင် နောင်အခါ သင်ရရှိနိုင်သည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အမျိုးအစားများကို စီစဉ်ပြီး ညွှန်ကြားထားပိုင်ခွင့်။ **ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်**၊ **အသက်ရှင်စဉ် သေတမ်းစာ** သို့မဟုတ် **ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ (power of attorney for health care)** တို့ကို ဖြည့်စွက်ခြင်းဖြင့် ထိုဆုံးဖြတ်ချက်များကို ချမှတ်နိုင်ပါသည်။ နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် စာမျက်နှာ*[xx]*၊ ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက်၊ အသက်ရှင်စဉ် သေတမ်းစာ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ (Power Of Attorney For Health Care) ကို ဖြည့်စွက်ခြင်းအကြောင်း ကြည့်ရှုပါ။
* သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသူ၏ ကုသမှုအကြံပြုချက်ကို သင်သဘောမတူလျှင် နောက်ထပ်အကြံပြုချက် တောင်းခံပိုင်ခွင့်။ နောက်ထပ်အကြံပြုချက်ရယူနည်းအကြောင်း အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိရန် ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

1. ***[HMO]* က အသုံးပြုသော ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများနှင့် သမားတော် အဖိုးအခပေးချေမှု အစီအစဉ်များအကြောင်း သိရှိပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* *[HMO]* တွင် သင်လိုအပ်နိုင်သည့် လွှဲပြောင်းမှုများနှင့် အခြား ဝန်ဆောင်မှုများအား အသုံးပြုမှုအပေါ် သက်ရောက်နိုင်သည့် ကျွန်ုပ်တို့၏ သမားတော်များနှင့် ပြုလုပ်ထားသည့် အထူး ငွေရေးကြေးရေး အစီအစဉ်များ (သမားတော် အဖိုးအခပေးချေမှု အစီအစဉ်များ) ရှိ၊ မရှိကို မေးမြန်းပိုင်ခွင့်။ ဤအချက်အလက်ကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* ကို ခေါ်ဆိုပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ သမားတော် ငွေပေးချေမှုဆိုင်ရာ အစီအစဉ်များနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်ကို တောင်းဆိုပါ။
* သင်သည် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ၏ ပညာရေး၊ ဘုတ်အဖွဲ့၏ အသိအမှတ်ပြုမှုနှင့် ပြန်လည်အသိအမှတ်ပြုခြင်းအပါအဝင် *[HMO]* ပံ့ပိုးသူများနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်ကို တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်။ ဤအချက်အလက်ကို ရယူရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဖောက်သည်ဝန်ဆောင်မှုဌာန ဖုန်းနံပါတ် *[800-xxx-xxxx]* ကို ခေါ်ဆိုပါ

1. **သင်၏ပံ့ပိုးသူထံမှ သင့်ဆေးမှတ်တမ်း မိတ္တူများကို တောင်းဆိုခွင့်ရှိသည်။**

* သင့်ဆရာဝန်က အမှန်ပြင်ဆင်ခြင်းကို သဘောတူပါက သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများထဲမှ မမှန်ကန်သော အချက်အလက်များကို သင်ပြင်ဆင်နိုင်ပါသည်။
* သင်၏ ဆေးမှတ်တမ်းမိတ္တူ သို့မဟုတ် ဆေးမှတ်တမ်းကို ပြင်ဆင်ခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး အကူအညီရရှိနိုင်ရန် *[800-xxx-xxxx]* ကို ခေါ်ဆိုပါ။ သင့်ဆေးမှတ်တမ်းများကို မိတ္တူကူးရန်အတွက် သင်က ငွေပေးချေရနိုင်သည်ကို သတိပြုပါ။

1. **လူ့ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ ကန့်ကွက်မှုကြောင့် [HMO] မှတစ်ဆင့် မရရှိနိုင်သော Medicaid အကျုံးဝင်သည့် ခံစားခွင့်တစ်ခုခုအကြောင်း အသိပေးမှုရပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* သင်၏ ForwardHealth ကတ်ကို အသုံးပြုပြီး FowardHealth မှတစ်ဆင့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူအသုံးပြုနည်းအကြောင်း အသိပေးမှုရရှိခွင့်။
* လူ့ကျင့်ဝတ်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ ကန့်ကွက်မှုများကြောင့် သင်ရယူလိုသည့် ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုကို *[HMO]* က ပံ့ပိုးမပေးလျှင် *[HMO]* မှ စာရင်းပယ်ဖျက်၍ ထွက်ပိုင်ခွင့်။

1. **သင့်အတွက် စောင့်ရှောက်မှု သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကို သင့်အနေဖြင့် ကျေနပ်ခြင်းမရှိလျှင် တိုင်ကြားချက်၊ မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံဝင်လွှာ တင်သွင်းပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* သင်၏ အယူခံနှင့်ပတ်သက်သည့် *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို သင့်အနေဖြင့် မကျေနပ်လျှင် သို့မဟုတ် သင်၏ အယူခံကို *[HMO]*က အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ တုံ့ပြန်ခြင်းမရှိလျှင် တရားမျှတသော ကြားနာမှုကို သင်တောင်းခံပိုင်ခွင့်။
* သင်၏မကျေနပ်ချက်နှင့်ပတ်သက်ပြီး *[HMO]* ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို မကျေနပ်လျှင် သို့မဟုတ် *[HMO]* က သင်၏ မကျေနပ်ချက်ကို အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ တုံ့ပြန်ခြင်းမရှိလျှင် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health Services) ၏ မကျေနပ်ချက်ပြန်လည်သုံးသပ်မှုကို သင့်အနေဖြင့် တောင်းဆိုပိုင်ခွင့်။
* မကျေနပ်ချက်၊ အယူခံလွှာ သို့မဟုတ် တရားမျှတသော ကြားနာမှုတို့ကို မည်သို့တင်သွင်းရမည့်အကြောင်း အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိရန် စာမျက်နှာ *[xx]*၊ မကျေနပ်ချက် သို့မဟုတ် အယူခံလွှာ တင်သွင်းခြင်းကို ကြည့်ရှုပါ။

1. **[HMO] အကြောင်း၊ ၎င်း၏ ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ၎င်းတွင်ရှိသော ဆရာဝန်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအကြောင်း၊ အဖွဲ့ဝင်အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများအကြောင်း အချက်အလက်များကို ရပိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* *[HMO]* နှင့်ပတ်သက်၍ ကြီးကြီးမားမား ပြောင်းလဲမှုမှန်သမျှ စတင်အကျုံးဝင်သည့်ရက်မတိုင်မီ အနည်းဆုံးရက် 30 အလိုတွင် ထိုပြောင်းလဲမှုများအကြောင်း သင်သိရှိပိုင်ခွင့်။

1. ***[HMO]* နှင့် ၎င်း၏ ကွန်ရက်တွင်း ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ဆိုးရွားသော ဆက်ဆံမှုမရှိဘဲ သင့်ရပိုင်ခွင့်များအား လွတ်လွပ်စွာ ကျင့်သုံးခွင့်။ ၎င်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-**

* *[HMO]* ၏ အဖွဲ့ဝင် အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ မူဝါဒနှင့်ပတ်သက်၍ သင့်အနေဖြင့် အကြံပြုချက်များပေးပိုင်ခွင့်။

# သင်၏ တာဝန်ဝတ္တရားများ

* ***[HMO]* နှင့် ၎င်း၏ပံ့ပိုးသူများက စောင့်ရှောက်မှုပေးရာတွင် လိုအပ်သည့် အချက်အလက်များကို ပံ့ပိုးရန် သင့်တွင် တာဝန်ရှိသည်။**
* **သင့်ကို ဆက်သွယ်ရန်နှင့် ဆက်ဆံပြောဆိုရန် အဆင်အပြေဆုံးနည်းလမ်းကို *[HMO]* အား အသိပေးရန် သင့်တွင် တာဝန်ရှိသည်။ *[HMO]* ထံမှ ဆက်သွယ်ပြောဆိုမှုများကို တုံ့ပြန်ရန် သင့်တွင် တာဝန်ရှိသည်။**
* **သင်၏ပံ့ပိုးသူများနှင့် သင်သဘောတူထားသည့် စောင့်ရှောက်မှုအတွက် အစီအစဉ်များနှင့် ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာရန် သင့်တွင် တာဝန်ရှိသည်။**
* **သင့်ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို နားလည်အောင်လုပ်ရန်နှင့် ကုသမှု ရည်မှန်းချက်များကို သင့်ပံ့ပိုးသူများနှင့်အတူတူ ပါဝင်ဖန်တီးရန် သင့်တွင် တာဝန်ရှိသည်။**

# *[HMO]* တွင် သင့်အဖွဲ့ဝင်မှုကို အဆုံးသတ်ခြင်း

**သင်သည်** ***[HMO]*** **တွင် စာရင်းသွင်းပြီး ပထမရက် 90 အတွင်း မည်သည့်အကြောင်းကြောင့်မဆို HMOs ကို ပြောင်းလဲနိုင်သည်။** သင်၏ ပထမရက် 90 ပြည့်ပြီးနောက် နောက်ထပ်ကိုးလအထိ *[HMO]* တွင် စာရင်းသွင်းခြင်းမှ သင့်ကို “ကန့်သတ်ထားပါမည်”။ *[HMO]* တွင် သင့်အဖွဲ့ဝင်မှုကို အဆုံးသတ်သည့် အကြောင်းရင်းသည် အောက်ဖော်ပြပါ အကြောင်းရင်းတစ်ခုခုကြောင့် မဟုတ်လျှင် ဤ “ကန့်သတ်” ကာလ ပြီးဆုံးမှသာ သင်သည် HMOs ကို ပြောင်းလဲနိုင်ပါမည်။

* Wisconsin ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန (Department of Health Services) (DHS) က *[HMO]* အပေါ် အရေးယူမှုများ သို့မဟုတ် ယာယီသတ်မှတ်ချက်များ ချမှတ်ပါက သင်သည် အကြောင်းရင်းမရှိဘဲ HMOs ကို ပြောင်းလဲခွင့်ရှိသည်။
* အောက်ပါအခြေအနေများတွင် သင်သည် *[HMO]* ထံတွင် သင်၏ အဖွဲ့ဝင်မှုကို အချိန်မရွေး အဆုံးသတ်ခွင့်ရှိသည်-
  + သင်သည် *[HMO]* ဝန်ဆောင်မှုဧရိယာပြင်ပသို့ ပြောင်းရွှေ့သွားလျှင်။
  + *[HMO]* သည် သင်လိုလားသည့် ဝန်ဆောင်မှုကို ကျင့်ဝတ်ပိုင်းအရ သို့မဟုတ် ဘာသာရေးဆိုင်ရာ ကန့်ကွက်မှုများကြောင့် ပံ့ပိုးမပေးနိုင်လျှင်။
  + သင်သည် တစ်ချိန်တည်းတွင် ဆောင်ရွက်ပေးသော ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုနှင့်အထက်ကို လိုအပ်ပြီး ပံ့ပိုးသူကွန်ရက်အတွင်း ၎င်းတို့အားလုံးကို မရရှိနိုင်လျှင်။ ဝန်ဆောင်မှုများကို သီးခြားစီရယူခြင်းက သင့်ကို မလိုလားအပ်သော အန္တရာယ်ဖြစ်စေနိုင်သည်ဟု သင်၏ပံ့ပိုးသူက ဆုံးဖြတ်လျှင် ဤအချက်က အကျုံးဝင်သည်။
  + စောင့်ရှောက်မှု အရည်အသွေး ညံ့ဖျင်းမှု၊ အကျုံးဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအား ရယူအသုံးပြုခွင့်မရှိခြင်း သို့မဟုတ် သင့်စောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်ချက်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး အတွေ့အကြုံရှိသော ပံ့ပိုးသူများကို ရယူခွင့်မရှိခြင်းအပါအဝင် အခြားအကြောင်းရင်းများ။

အကယ်၍ သင်သည် HMO များကို ပြောင်းရန် သို့မဟုတ် *[BadgerCare Plus or Medicaid SSI]* ပရိုဂရမ်[များ]မှ စာရင်းသွင်းမှုကို အပြီးပယ်ဖျက်ရန် ရွေးချယ်ပါက *[HMO]* မှတစ်ဆင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများကို သင်၏အဖွဲ့ဝင်မှု ပြီးဆုံးသည်အထိ ဆက်လက်ရယူရပါမည်။

HMOs ပြောင်းနည်း သို့မဟုတ် *[BadgerCare Plus and/or Medicaid SSI]* မှ အပြီးထွက်နည်းအကြောင်း အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိရန် HMO စာရင်းသွင်းခြင်းဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူ ဖုန်းနံပါတ် 800-291-2002 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

# လိမ်လည်မှုနှင့် အလွဲသုံးစားပြုမှု

သင်သည် Medicaid အစီအစဉ်၏ လိမ်လည်မှု သို့မဟုတ် အလွဲသုံးစားပြုမှုကို သံသယရှိပါက ၎င်းကို တိုင်ကြားနိုင်သည်။ [www.reportfraud.wisconsin.gov](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/%20သို့%20သွားပါ)။