

ចង់ឱ្យមិត្តរបស់អ្នកផ្តល់ការធ្វើដំណើរដល់អ្នកទេ?

យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើដំណើរនោះ!

នៅ Fallon Health យើងដឹងថាអ្នកមានកន្លែងដែលត្រូវទៅ។ ហើយយើងចង់ជួយអ្នកឱ្យទៅដល់ទីនោះ។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ NaviCare® HMO SNP អ្នកអាចប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការធ្វើដំណើរដែលត្រូវបានអនុម័តជាមុន ពីមិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។ នៅពេលអ្នកធ្វើដូច្នេះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយលើរយៈពេល។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃកន្លែងដែលអ្នកអាចទៅ និងទទួលបានសំណងសម្រាប់រយៈពេល៖¹

- ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត
- មន្ទីរពេទ្យ
- ការណាត់ជួបប្រឹក្សាយោបល់
- ឱសថស្ថាន²
- ហាងលក់គ្រឿងទេស³
- សេវាសាសនា³

អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ៖

1. សូមទូរសព្ទទៅ Coordinated Transportation Solutions (CTS) ដើម្បីកំណត់ពេលជិះជាមួយមិត្តភក្តិ និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក យ៉ាងហោចណាស់ 2 ថ្ងៃមុនពេលអ្នកចេញដំណើរ។ អាចទាក់ទងពួកគេបានតាមរយៈលេខ 1-833-824-9440 (TRS 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រ (ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា)។
2. បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានការធ្វើដំណើរពីមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៅខាងខ្ទង់ខិត្តបណ្ណនេះ រួចដាក់បញ្ចូលទៅ CTS ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានធ្វើដំណើរ។
 - សម្រាប់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោយទម្រង់បែបបទនេះ។

ព័ត៌មានសំខាន់

- ការសងប្រាក់វិញសម្រាប់រយៈពេលនឹងត្រូវចេញដោយមូលប្បទានបត្រ ឬការដាក់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅក្នុងគណនីធនាគាររបស់អ្នក។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការសងប្រាក់វិញដល់មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។
- សំណងនឹងធ្វើឡើងសម្រាប់តែការជិះមួយលើកប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនគិតពីចំនួនសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការជិះនៅក្នុងរថយន្តដែលធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីតាំងដូចគ្នា ឬខុសគ្នានោះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនបានកំណត់ពេលវេលាជាមុនសម្រាប់ការធ្វើដំណើរទេនោះ សំណើសុំសំណងរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបដិសេធ។

1-877-700-6996 (TRS 711)

ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ (7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា)



(លសី) >

¹ការសងប្រាក់វិញសម្រាប់រយៈពេលគឺផ្អែកលើការគណនារយៈពេល CTS និងអត្រាអនុញ្ញាតក្នុងមួយម៉ាយរបស់ NaviCare។

²អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមាន៖ ការធ្វើដំណើរគ្មានដែនកំណត់ទៅកាន់ការណាត់ជួបពិនិត្យសុខភាព/សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងការធ្វើដំណើរតែទៅបូមកម្រិត 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំទៅកាន់ឱសថស្ថានលក់រាយ។ ការធ្វើដំណើរទៅកាន់ឱសថស្ថានត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 4 ដងក្នុងមួយខែ និងត្រូវស្ថិតនៅក្នុងរង្វង់ 30 ម៉ាយ។

³ការជិះរថយន្តក្នុងប្រចាំឆ្នាំចំនួន 100 ដង ដើម្បីរត់ការងារ ទៅលេងមិត្តភក្តិ ចូលរួមពិធីសាសនា និងច្រើនទៀត គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកចុះឈ្មោះត្រូវតែមានរោគវិនិច្ឆ័យស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានជាឯកសារជាមួយ Fallon Health ដូចជាជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ស្ថានភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយារ៉ាំរ៉ៃនិងពិការភាព ជំងឺស្លេតរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺសរសៃប្រសាទ។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនៃលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់ដែលមានលក្ខខណ្ឌគ្រប់សិទ្ធិទទួលបាន នឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន និងការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតក៏ត្រូវអនុវត្តផងដែរ។

ទម្រង់បែបបទផ្តល់សំណងសម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍មិត្តភក្តិ និងគ្រួសារ

វិធី 3 យ៉ាងដើម្បីទទួលបានសំណង៖

1. ធ្វើ ទម្រង់ដែលបានបំពេញហើយតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖
Coordinated Transportation Solutions, Inc.
35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611
2. អ៊ីមែល ទម្រង់ដែលបានបំពេញហើយទៅកាន់៖ provider@ctstransit.com
3. ធ្វើ ទម្រង់ដែលបានបំពេញហើយតាមទូរសារទៅកាន់លេខ៖ 1-203-375-0516

ព័ត៌មានអំពីសមាជិក			
នាមត្រកូល		នាមខ្លួន	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	
អាសយដ្ឋានសម្រាប់ការធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ (បើខុសគ្នាពីខាងលើ)			
លេខសម្គាល់សមាជិក (មានទីតាំងនៅផ្នែកខាងមុខនៃប័ណ្ណសម្គាល់ NaviCare របស់អ្នក)			
សកម្មភាពសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញ (សូមបញ្ចូលការធ្វើដំណើរតែទៅមកក្នុងមួយជួរ រួចរាយបញ្ជីតែការធ្វើដំណើរពីខែប្រតិទិនដូចគ្នាប៉ុណ្ណោះ។)			
កាលបរិច្ឆេទធ្វើដំណើរ	អាសយដ្ឋាន (សូមដាក់ទាំង មិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា ឬឱសថស្ថាន។)	ពី	ទៅកាន់
	☐ មិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា ☐ ឱសថស្ថាន	ពី	ទៅកាន់
	☐ មិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា ☐ ឱសថស្ថាន	ពី	ទៅកាន់
	☐ មិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា ☐ ឱសថស្ថាន	ពី	ទៅកាន់
	☐ មិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពអាកប្បកិរិយា ☐ ឱសថស្ថាន	ពី	ទៅកាន់
លិខិតបញ្ជាក់ និងលិខិតអនុញ្ញាត (ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបានចុះហត្ថលេខា និងបានចុះកាលបរិច្ឆេទពីសមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត។)			
កិច្ចព្រមព្រៀង៖ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើមានភាពត្រឹមត្រូវទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំនឹងធ្វើការទាមទារសំណងសម្រាប់តែថ្ងៃចំណាយដែលមានសិទ្ធិដែលបានកើតមានក្នុងអំឡុងពេលដែលពាក់ព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ។ (ឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍គិតចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ)។ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ប្រាក់ទូទាត់ដែលទទួលបានសម្រាប់ការធ្វើដំណើររបស់មិត្តភក្តិ និងគ្រួសារ នឹងត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យសមាជិកគ្រួសារ ឬក៏មិត្តភក្តិដែលបានផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរនោះ។ ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ សូមទុករយៈពេល 4-6 សប្តាហ៍ ចាប់ពីពេលដែលទទួលបានទម្រង់បែបបទរួចរាល់សម្រាប់ការទូទាត់សងវិញ។			
ដើម្បីត្រូវបានបំពេញ និងត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា/ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ការណាត់ជួបដែលបានចុះបញ្ជីខាងលើ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ មុនពេលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាក្នុងផ្នែកនេះ។ (ទម្រង់បែបបទ 1 ក្នុងមួយអ្នកផ្តល់សេវា/គ្លីនិក។)			
ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា (សរសេរជាអក្សរធំ)		ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវា	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	