



ការស្ទង់មតិសមាជិករបស់ Rhode Island Medicaid ឆ្នាំ 2021



ការណែនាំ: សូមអរគុណចំពោះការចូលរួមក្នុងការស្ទង់មតិនេះ។ មតិកែលម្អរបស់អ្នកគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ហើយនឹងជួយយើងកែលម្អនិងធ្វើឱ្យវិធីដែលយើងផ្តល់ការថែទាំសុខភាពនៅ Rhode Island ប្រសើរឡើង។
ចម្លើយរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាការសម្ងាត់ ហើយចម្លើយរបស់អ្នកតាមវិធីណាក៏ដោយគឺមិនប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកឡើយ។ ការស្ទង់មតិនេះនឹងត្រូវចំណាយពេលប្រហែល 4 ឬ 5 នាទីដើម្បីបញ្ចប់។

អ្នកអាចផ្តល់ចម្លើយតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានតាមរយៈការស្កេនកូដ QR ជាមួយឧបករណ៍ចល័តរបស់អ្នក ឬការផ្តល់ចម្លើយតាមអ៊ីមែល/សំបុត្រដូចដែលបានពណ៌នានៅទំព័រទី 4។

1. បច្ចុប្បន្ននេះ តើអ្នកបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធី Medicaid Managed Care និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពិគម្រោង Neighborhood Health Plan of Rhode Island – TRUST/ACCESS, United Healthcare Community Plan ឬ Tufts Health Public Plan RI Together ហើយឬនៅ?
 បាទ/ចាស ទេ មិនប្រាកដ / មិនដឹង

សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹងអំពីអ្នក។

2. តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាន?
 ក្រោម 18 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+

3. តើអ្នកមានភេទអ្វី?
 ស្រី ប្រុស មិនមែនទាំងពីរ អ្នកកែភេទ ភេទណាក៏បាន សុំមិនឆ្លើយ
 ពេញចិត្តពណ៌នាអំពីខ្លួនឯងជា៖ មិនមែនភេទទាំងពីរ ភេទមិនទៀង អភេទ ឬផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

4. តើអ្នកមានពូជសាសន៍/ជនជាតិអ្វីដែលត្រូវនឹងអ្នកបំផុត? (សូមជ្រើសរើសតែមួយប៉ុណ្ណោះ)
 ជនជាតិដើមអាមេរិកឬអាឡាស្កា អាស៊ី ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃឬកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
 ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅឬអាហ្វ្រិកអាមេរិក ជនជាតិស្បែកស អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន
 ចម្រុះជាតិសាសន៍ សុំមិនឆ្លើយ
 ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹងពីសុខភាព និងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

5. ជាទូទៅតើអ្នកពណ៌នាពីសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?
 ល្អប្រសើរ ល្អ មធ្យម/ធម្មតា ខ្សោយ ខ្សោយណាស់
6. តើអ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជាទៀងទាត់ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) ដែលអ្នកតែងតែទៅរក នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំដែរឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ ទេ ប៉ុន្តែខ្ញុំត្រូវការការមួយកន្លែង ទេ ខ្ញុំមិនត្រូវការកន្លែងណាមួយទេ
 ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

7. នៅក្នុងកម្មវិធី Medicaid Managed Care គម្រោងសុខភាព (Neighborhood Health Plan, Tufts Health Plan ឬ United Healthcare) ជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ តើអ្នកបានជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពដែលអ្នកមាននៅពេលនេះមែនទេ?

- បាទ/ចាស ទេ មិនប្រាកដ / មិនដឹង

8. តើអ្វីដែលសំខាន់បំផុតសម្រាប់អ្នកនៅពេលជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក? (ជ្រើសរើសមួយ ឬច្រើន)

- ថាតើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) ទទួលបានយកគម្រោងនេះឬអត់
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) មានសម្រាប់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង
- ឱសថ និងការព្យាបាលដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោង
- សេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង (សមាជិកភាពហាត់ប្រាណ ភាគកាដូជាដើម)
- តើគម្រោងណាដែលត្រូវបានចាត់ទុកថា "ល្អបំផុត" ឬមានចំណាត់ថ្នាក់គុណភាពខ្ពស់បំផុត
- បទពិសោធន៍កន្លងមករបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ
- ការណែនាំពីមិត្តភក្តិ/គ្រួសារ
- ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

9. ប្រសិនបើអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក តើអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ទេ

10. តើអ្នកមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកដែលជួយអ្នកក្នុងការថែទាំរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ខ្ញុំមាន ទេ តែខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ទេ ខ្ញុំមិនត្រូវការជំនួយទេ មិនប្រាកដ / មិនដឹង
- ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

11. តើអ្នកត្រូវការជំនួយអ្វីខ្លាំងបំផុត ដើម្បីទទួលបានសុខភាពល្អ? (ជ្រើសរើសមួយ ឬច្រើន)

- ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត)
- ទទួលបានការណាត់ជួប
- ធ្វើការណាត់ជួប
- ការដឹកជញ្ជូនទៅការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្ញុំ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត)
- សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់
- ទទួលបានឱសថ
- ទទួលបានការថែទាំមាត់ធ្មេញ
- ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងអាហារ ឬភេហដ្ឋាន
- ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រឿងស្រវឹង ឬការប្រើថ្នាំមិនត្រឹមត្រូវ
- ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងការថប់អារម្មណ៍ ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬបញ្ហាផ្លូវចិត្តផ្សេងៗ
- ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ឬអាការផ្សេងទៀត

(បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)

- ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មរយៈពេលវែង ការថែទាំនៅផ្ទះ
- ជំនួយក្នុងការស្តាប់ រើនភា ឬឧបករណ៍/សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត
- ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

- មិនមានក្នុងចម្លើយទាំងនេះទេ

12. បើអ្នកត្រូវការជំនួយ តើអ្នកណាជួយអ្នកច្រើនបំផុតពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាព/ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក?

- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ/បុគ្គលិកនៅការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត)
- គិលានុបដ្ឋាយិកាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ជំនួយការ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត
- នរណាម្នាក់នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ
- មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ
- ខ្ញុំមិនមានជំនួយទេ/ខ្ញុំចាត់ចែងដោយខ្លួនឯង
- ខ្ញុំមិនត្រូវការជំនួយទេ
- ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

13. ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយ តើអ្នកបានស្នាក់នៅពេញមួយយប់ក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ទេ មិនប្រាកដ / មិនដឹង

14. តើអ្នកបានទទួលការណែនាំអំពីវិធីថែទាំខ្លួនឯងបន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យមកផ្ទះដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ខ្ញុំយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ
- ខ្ញុំបានទទួលការណែនាំហើយ ប៉ុន្តែមិនយល់ទាំងអស់
- ទេ ខ្ញុំមិនបានទទួលការណែនាំមុនពេលទៅផ្ទះទេ
- ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)

15. ក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ តើអ្នកបានទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- បាទ/ចាស ទេ មិនប្រាកដ / មិនដឹង
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)

សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹងថា តើអ្នកយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្របកម្រិតណាទៅនឹងប្រយោគខាងក្រោម៖

	យល់ស្របខ្លាំង	យល់ស្រប	ធម្មតា/គ្មានយោបល់	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្របខ្លាំង
គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) និងអ្នកមើលថែផ្សេងទៀតធ្វើការជាមួយខ្ញុំដើម្បីជួយខ្ញុំឱ្យមានសុខភាពល្អ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
គម្រោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) និងអ្នកមើលថែផ្សេងទៀតស្តាប់ខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំនិយាយអំពីតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
គម្រោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព (វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា មណ្ឌលសុខភាព ផ្សេងទៀត) និងអ្នកមើលថែផ្សេងទៀតឆ្លៀតពេលស្វែងយល់ពីស្ថានភាព/គោលដៅផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំដឹងពីវិធីដើម្បីទទួលបានជំនួយ/ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំនៅពេលខ្ញុំត្រូវការវា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាអាចគ្រប់គ្រងការថែទាំ/សុខភាពរបស់ខ្ញុំបាន។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

សូមអរគុណដែលបានចែករំលែកយោបល់របស់អ្នកជាមួយ Rhode Island Medicaid។

សូមធ្វើការស្នងមតិដែលបានបំពេញរួចតាមអ៊ីមែលទៅកាន់៖

**RI Executive Office of Health & Human Services
Managed Care Unit
3 West Road
Cranston, RI 02920**

ឬធ្វើការស្នងមតិដែលបានបំពេញរួចតាមអ៊ីមែលទៅកាន់
ohhs.mcooversight@ohhs.ri.gov

សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅលេខ
1-844-602-3469 (TTY 711)។