|  |
| --- |
| **សេចក្ដីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍និងឯកសារការធានារ៉ាប់រង (SBC) នឹងជួយលោក​អ្នកក្នុងការជ្រើសរើសយកផែនការ**[**សុខភាព**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**។ SBC បង្ហាញ​លោក​អ្នក​ពី​របៀប​ដែល​លោក​អ្នក​និង​**[**ផែនការ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)​**នឹង​ចែក​រំលែកការចំណាយសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដែលរ៉ាប់រង។ ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីការចំណាយនៃ[ផែនការនេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan) (ដែល​បាន​ហៅ​ថា​**[**បុព្វលាភ ធានារ៉ាប់រង**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium)**) នឹង​ត្រូវ​បាន​ផ្តល់​ជូន​ដោយ​ឡែកពីគ្នា។ នេះ​​​គឺគ្រាន់តែជាសេចក្ដីសង្ខេបមួយប៉ុណ្ណោះ។** ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់លោក​អ្នក ឬ​ដើម្បី​ទទួល​បាន​ច្បាប់​ចម្លង​នៃ​ល័ក្ខខ័ណ្ឌ​ពេញ​លេញនៃការរ៉ាប់រង [insert contact information]។ ចំពោះនិយមន័យទូទៅនៃល័ក្ខខ័ណ្ឌទូទៅ ដូចជា[ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានអនុញ្ញាត](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "allowed-amount) [វិក័យប័ត្រតុល្យភាព](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#balance-billing) [ធានារ៉ាប់រងរួម](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance) [ការបង់ថ្លៃរង](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment) [ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](http://ប្រាក់​ដក​បង់​មុន)​ [អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) ឬពាក្យដែលបានបញ្ជាក់ផ្សេងទៀត សូមមើលសទ្ទានុក្រម។ លោក​អ្នកអាចមើលសទ្ទានុក្រមនៅ www.[insert].com ឬទូរស័ព្ទទៅ 1-800-[insert] ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងមួយ។**[ជម្រើស៖** សំណួរ៖ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-800-[insert] ឬចូលមើលយើងនៅ www.[insert].com សម្រាប់បន្ថែម រួមបញ្ចូលទាំងច្បាប់ចម្លងរបស់លោក​អ្នក[plan’s summary plan description / policy documents]។ **]** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **សំណួរសំខាន់ៗ** | **ចម្លើយ** | **ហេតុអ្វីបានជាការនេះសំខាន់៖** |
| **តើ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible) ទាំងអស់គឺជាអ្វី?** | **$** | [YES:] ជាទូទៅ លោក​អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទាំងអស់នៃការចំណាយរាប់​ពី[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider)ដល់ទៅចំនួនទឹកប្រាក់[ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) ពេល[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)នេះចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់។ **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded deductible:]**ប្រសិនបើលោក​អ្នកមាន សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត នៅ ក្នុង[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)នេះ សមាជិកគ្រួ សារនីមួយៗត្រូវតែជួបតាមគោល​នយោបាយ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)​របស់​គេរាងៗ​ខ្លួន រហូតដល់ចំនួនសរុប នៃការចំណាយ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)ដែលបានបង់ដោយសមាជិកគ្រួសារ​ទាំងអស់​ជួប​ តាមគោល​នយោបាយ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុនសម្រាប់​ក្រុមគ្រួសារ ទាំងមូល](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)។ **[2. Family coverage with non-embedded deductible:]**ប្រសិនបើលោក​អ្នកមាន​សមាជិក​គ្រួសារ​ផ្សេង​ទៀត​នៅលក្នុង​គោលនយោបាយ [ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)ក្រុមគ្រួសារ​សរុប​ត្រូវតែ​បាន​បំពេញ​មុនពេល​[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)​ចាប់​ផ្តើម​បង់ប្រាក់។  [NO:] សូមមើលតារាងព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រទូទៅនៅខាងក្រោមសម្រាប់ជាការចំណាយរបស់លោក​អ្នក​សម្រាប់​សេវា ដែល[ផែនការនេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)រ៉ាប់រង។ |
| **តើមានសេវាដែលបានរ៉ាប់ រងមុនពេលដែលលោក​អ្នក បំពេញតាម[ប្រាក់​ដក​បង់​មុនរបស់លោក​អ្នកដែរទេ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)?** | **$** | [YES:] ផែនការ[នេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)រ៉ាប់រងវត្ថុនិងសេវាកម្មមួយចំនួនទៀតសូម្បីតែ លោក​អ្នកមិនទាន់​ជួប​​តាម​ចំនួនទឹក​[ប្រាក់​ដក​បង់មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) ក៏ដោយ។ ប៉ុន្តែ[ការបង់ថ្លៃរង​](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "copayment) ឬ[ធានារ៉ាប់រងរួម](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "coinsurance)អាចត្រូវបានអនុវត្ត។ **[For non-grandfathered plans insert:]** “ឧទាហរណ៍ [ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)​នេះ​រ៉ាប់រង​សេវា[ការពារជំងឺជាក់លាក់ដោយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "preventive-care)មិន[រួមចំណែកការចំណាយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) ហើយមុនពេលដែលលោក​អ្នកជួបតាមគោលនយោបាយ [ប្រាក់​ដក​បង់​មុនរបស់លោក​អ្នក](\\\\Globalfile01\\global_doi\\SAC\\Jason Tescher\\HPAB Form Filing Instructions\\HPAB Translated SBCs\\2017 Translated SBC Templates\\ប្រាក់​ដក​បង់​មុនរបស់លោក​អ្នក)។ សូមមើលបញ្ជីនៃសេវា[បង្ការដែលរ៉ាប់រង](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "preventive-care)នៅ [<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>](https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/)។  [NO:] លោក​អ្នកនឹងត្រូវតែជួបតាមគោល​នយោបាយ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)មុនពេល​[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)​ចំណាយ​សម្រាប់​សេវា​កម្មណាមួយ។ |
| **តើមាន**[**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **ផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់ដែរទេ?** |  | [YES:] លោក​អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទាំងអស់នៃការចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់[​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)ជាក់លាក់មុនពេលដែល[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)នេះចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះ។  [NO:] លោក​អ្នកមិនចាំបាច់ជួបតាមគោល​នយោបាយ[ប្រាក់​ដក​បង់​មុន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)សម្រាប់សេវាជាក់លាក់ទេ។ |
| **តើ**[**ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**សម្រាប់**[**ផែនការនេះគឺជាអ្វី**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**?** | **$** | [YES:] ប្រាក់[ដែនកំណត់ចេញពីហោប៉ៅ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit)គឺភាគច្រើនលោក​អ្នកអាចបង់ប្រាក់ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង។ **[If SBC portrays family coverage, add 1 or 2:] [1. Family coverage with embedded MOOP:]** ប្រសិនបើលោក​អ្នកមានសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតនៅក្នុង[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)នេះ ពួកគេចាំបាច់ជួបតាមគោល​នយោ​បាយប្រា ក់ដែនកំណត់[ចេញពីហោប៉ៅរបស់ពួកគេផ្ទាល់](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit)​រហូតដល់[ប្រាក់ដែនកំណត់ចេញ​ពីហោ​ប៉ៅក្រុមគ្រួសារជារួម](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit)ត្រូវបានបំ ពេញ។ **[2. Family coverage with non-embedded MOOP:]**ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារដទៃ ទៀតនៅក្នុង[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)នេះ ប្រាក់​ដែនកំណត់[ចេញពីហោ ប៉ៅក្រុមគ្រួសារជារួម](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit)ត្រូវតែបំពេញ។  [NO:] ផែនការ[នេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)មិនមានដែនកំណត់[ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)នៅលើការចំណាយរបស់លោក​អ្នក។ |
| **តើអ្វីដែលមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងដែនកំណត់ប្រាក់**[**ចេញពីហោប៉ៅ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)**?** |  | [YES:] ទោះបីជា​លោក​អ្នកបង់ថ្លៃចំណាយទាំងនេះ ពួកគេមិនរាប់ចូលទៅក្នុង[ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទេ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-pocket-limit)។  [NO:] ផែនការ[នេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)មិនមានដែនកំណត់[ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-pocket-limit)នៅលើការចំណាយរបស់លោក​អ្នក។ |
| **តើលោក​អ្នកនឹងចំណាយ ប្រាក់តិច ប្រសិនបើលោក​អ្នកប្រើ**[**អ្នកផ្តល់សេវា បណ្តាញមួយ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)**?** |  | [YES:]  **[If simple network:]**ផែនការ[នេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)ប្រើបណ្តាញ[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)[មួយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)។ លោក​អ្នកនឹងចំណាយប្រាក់តិច ប្រសិ នបើលោក​អ្នក​ប្រើ​[អ្នក​ផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider) នៅក្នុង[បណ្តាញផែនការនេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)។ លោក​អ្នកនឹងបង់ភាគច្រើនប្រសិនបើ[លោក​អ្នកប្រើអ្នក​ផ្តល់​សេវា​នៅក្រៅបណ្តាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider)ហើយ លោក​អ្នកអាចនឹងទទួលវិក័យប័ត្រទូទាត់ពី​[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)​សម្រាប់ថ្លៃ​ឈ្នួល​ខុស​គ្នា​រវាង ប្រាក់ទាររបស់អ្នកផ្ដល់សេវានិងអ្វីដែល[ផែនការរបស់លោក​អ្នក](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)បង់ ([វិក័យប័ត្រតុល្យភាព](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "balance-billing))។ ត្រូវដឹង​ថា អ្នក [ផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network-provider)បណ្តាញរបស់លោក​អ្នក អាចនឹងប្រើ[អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider)សម្រាប់​ការ​ផ្តល់​សេវា​មួយចំនួន (ដូចជាការ ងារមន្ទីរពិសោធន៍) ។ ពិនិត្យជាមួយ[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider)របស់លោក​អ្នកមុនពេល​ លោក​អ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។  **[If tiered network:]** លោក​អ្នកបង់ប្រាក់ចំនួនតិចជាងគេ ប្រសិនបើលោក​អ្នកប្រើ[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)នៅក្នុង[insert tier name]។ លោក​អ្នកបង់ប្រាក់​បន្ថែមសិន បើលោក​អ្នកប្រើ [អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)នៅក្នុង[insert tier name ។ លោក​អ្នកនឹង បង់ភាគច្រើនប្រសិនបើលោក​អ្នកប្រើ​[អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#out-of-network-provider) ហើយលោក​អ្នក​អាចនឹងទទួលវិក័យប័ត្រទូទាត់ពី​[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)​សម្រាប់​ថ្លៃ​ឈ្នួល​ខុស​គ្នារវាង ប្រាក់ទាររបស់[អ្នកផ្ដល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider)និងអ្វីដែល[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)របស់លោក​អ្នកបង់ ([វិក័យប័ត្រ​តុល្យ ភាព](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "balance-billing))។ ត្រូវដឹងថា អ្នក[ផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "network-provider)បណ្តាញរបស់លោក​អ្នក អាចនឹងប្រើ[អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅ​បណ្តាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "out-of-network-provider)​សម្រាប់ ការផ្តល់សេវាមួយចំនួន (ដូចជាការងារមន្ទីរពិសោធន៍) ។ ពិនិត្យជាមួយ[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "provider)របស់លោក​អ្នក មុន ពេលដែលលោក​អ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។  [NO:] [ផែនការនេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)មិនប្រើបណ្តាញ[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)[មួយទេ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#network)។ លោក​អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង​ពី​[អ្នក​ផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)ណាមួយ។ |
| **តើលោក​អ្នកត្រូវការ** [**អ្នក បញ្ជូន**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)**ដើម្បីចូលជួប**[**អ្នកឯកទេស**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)**ដែរទេ?** |  | [YES:] [ផែនការនេះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)នឹងចំណាយប្រាក់មួយចំនួនឬទាំងអស់នៃការចំណាយដើម្បីចូលជួប[អ្នកជំនាញឯកទេស](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)សម្រាប់សេ វាដែលបានរ៉ាប់រងមួយ ប៉ុន្តែបានតែប្រសិនបើលោក​អ្នកមាន[អ្នកបញ្ជូនបន្ត](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)មុនពេលដែលលោក​អ្នកចូលជួប[អ្នកជំនាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "specialist)។  [NO:] លោក​អ្នកអាចមើលឃើញ[អ្នកជំនាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist)ដែលលោក​អ្នកជ្រើសរើសដោយមិនមាន[អ្នកបញ្ជូន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#referral)។ |

| **Exclamation** | [**ការចំណាយចេញថ្លៃរួម**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment)និង[**ធានារ៉ាប់រងរួម**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance)ទាំងអស់ដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងនេះគឺបន្ទាប់ពី[**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible)របស់លោក​អ្នកត្រូវបានបំពេញតាម បើ**[ប្រាក់​ដក​បង់​មុនមួយត្រូវបាន](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "deductible)**អនុវត្ត។ [include only if plan has deductible] |
| --- | --- |

| **ព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ទូទៅ** | **សេវាកម្មដែលលោក​អ្នកប្រហែលជាត្រូវការ** | **អ្វីដែលលោក​អ្នកនឹងបង់ប្រាក់** | | **ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង & ព័ត៌មានសំខាន់ផ្សេងទៀត** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **[បណ្តាញ] អ្នកផ្គត់ផ្គង់  (លោក​អ្នក​នឹង​ចំណាយ​ប្រាក់ចំនួនតិចជាងគេ)** | **[ក្រៅបណ្តាញ] អ្នកផ្គត់ផ្គង់  (លោក​អ្នកនឹង​ចំណាយ​ប្រាក់ចំនួនច្រើនជាងគេ)** |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកចូល ជួបការិយាល័យ ឬគ្លីនិក** [**របស់អ្នកផ្តល់សេវា**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)**ថែទាំសុខភាពមួយ** | ការចូលជួបការថែទាំជាបឋមដើម្បីព្យាបាលការរងរបួសឬជំងឺ |  |  |  |
| ការចូលជួប[អ្នកឯកទេស](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) |  |  |  |
| [ការថែទាំបង្ការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#preventive-care)/[ការពិនិត្យ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#screening) /ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នក មាន ការធ្វើតេស្តមួយ** | [ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#diagnostic-test) (x-ray ការងារឈាម) |  |  |  |
| ឆ្លុះរូបភាព(ការស្កេន CT/PET, MRIs) |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នក ត្រូវ ការប្រើថ្នាំដើម្បីព្យាបាល ជំងឺឬស្ថានភាពរបស់ លោក​អ្នក**  ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី [**ការ ធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃថ្នាំ ពេទ្យ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#prescription-drug-coverage)អាចរកបាននៅ www.[insert].com | ថ្នាំទូទៅ |  |  |  |
| ថ្នាំម៉ាកដែលពេញចិត្ត |  |  |  |
| ថ្នាំម៉ាកដែលមិនពេញចិត្ត |  |  |  |
| [ថ្នាំឯកទេស](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialty-drug) |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកមាន ការវះកាត់ អ្នកជំងឺមិនដេកពេទ្យ** | ថ្លៃកន្លែង (ឧទាហរណ៍ មជ្ឈមណ្ឌ លការវះកាត់ចលនាសាច់ដុំ) |  |  |  |
| ថ្លៃគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យវះកាត់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកត្រូវការ យកចិត្តទុកដាក់វេជ្ជ សាស្ត្រជាបន្ទាន់** | [ការថែទាំក្នុងបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-room-care-emergency-services) |  |  |  |
| [ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តសង្គ្រោះបន្ទាន់](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#emergency-medical-transportation) |  |  |  |
| [ការថែទាំជាបន្ទាន់](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#urgent-care) |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នក មាន ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ មួយ** | ថ្លៃកន្លែង (ឧទាហរណ៍ បន្ទប់មន្ទីរពេទ្យ) |  |  |  |
| ថ្លៃគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យវះកាត់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកត្រូវការ សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាពអាកប្បកិរិយា ឬ​ការបំពានសារធាតុញៀន** | សេវាកម្មពិគ្រោះជំងឺមិនស្នាក់នៅ ពេទ្យ |  |  |  |
| សេវាកម្មសម្រាកព្យាបាល |  |  |  |
| **ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ** | ការចូលជួបគ្រូពេទ្យ |  |  |  |
| សេវាកម្មដែលមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈ កំណើតកូន/សម្រាលកូន |  |  |  |
| សេវាកម្មកន្លែងកើតកូន/សម្រាលកូន |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកត្រូវ​ការ​ជួយការជាសះស្បើយ ឡើង​វិញ ឬមានតម្រូវការសុខភាព ពិសេសផ្សេងទៀត** | [ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#home-health-care) |  |  |  |
| [សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#rehabilitation-services) |  |  |  |
| [សេវាកម្មនីតិសម្បទា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#habilitation-services) |  |  |  |
| [ការថែទាំអ្នកជម្ងឺដែលមានជំនាញ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#skilled-nursing-care) |  |  |  |
| [ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្រ្តប្រើប្រាស់ បានយូរ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#durable-medical-equipment) |  |  |  |
| [សេវាសំណាក់ព្យាបាល](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#hospice-services) |  |  |  |
| **ប្រសិនបើកូនរបស់លោក​អ្នកត្រូវការការថែទាំធ្មេញ ឬភ្នែក** | ការពិនិត្យភ្នែករបស់កុមារ |  |  |  |
| វ៉ែនតារបស់កុមារ |  |  |  |
| ការពិនិត្យធ្មេញរបស់កុមារ |  |  |  |

**សេវាកម្មមិនរាប់បញ្ចូល និងសេវាដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **សេវាកម្មដែល[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)របស់លោក​អ្នកជាទូទៅមិនរ៉ាប់រង(សូមពិនិត្យមើលគោលនយោបាយ ឬឯកសារផែនការរបស់លោក​អ្នកសម្រាប់​ព័ត៌មានបន្ថែម​និង​បញ្ជីនៃ​**[**សេវា​ដែល​មិិនរាប់បញ្ចូលផ្សេងទៀត**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)**។ )** | | |
| * ការថែទាំព្យាបាលសន្លាក់ និងសរសៃ * ការវះកាត់កែសម្ផស្ស * ការថែទាំធ្មេញ (មនុស្សពេញវ័យ) * ឧបករណ៍ជំនួយការស្ដាប់ | * ការព្យាបាលការគ្មានកូន * ការថែទាំរយៈពេលវែង * ការថែទាំមិនជាអាសន្នពេលដែលធ្វើដំណើរនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក | * ការថែទាំកាតព្វកិច្ចឯកជន * ការថែទាំភ្នែកជាទម្លាប់ (មនុស្សពេញវ័យ) * ការថែទាំជើងជាទម្លាប់ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **សេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត (ដែនកំណត់អាចនឹងអនុវត្តទៅសេវាកម្មទាំងនេះ។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមមើលឯកសារ[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)របស់លោក​អ្នក។)** | | |
| * ចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ | * វះកាត់សម្រកទម្ងន់ | * កម្មវិធីសម្រកទម្ងន់ |

**សិទ្ធិរបស់លោក​អ្នកដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រង៖** មានទីភ្នាក់ងារដែលអាចជួយបានប្រសិនបើលោក​អ្នកចង់បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់លោក​អ្នកបន្ទាប់ពីវាបញ្ចប់។ ព័ត៌មាន​ទំនាក់​ទំនងសម្រាប់ភ្នាក់ងារទាំងនោះគឺ៖[insert State, HHS, DOL, and/or other applicable agency contact information] ។ ជម្រើសការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតអាចរកបានមាន  
សម្រាប់លោក​អ្នកផងដែរ ដែលរួមបញ្ចូលទាំងការទិញ​ការធានារ៉ាប់រង​បុគ្គល​តាម​រយៈ​[ទីផ្សារ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី[ទីផ្សារ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "marketplace) សូមចូលមើល [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) ឬទូរស័ព្ទទៅ 1-800-318-2596។

**សិទ្ធិបណ្តឹងសារទុក្ខ និងឧទ្ធរណ៍របស់លោក​អ្នក៖** មានទីភ្នាក់ងារដែលអាចជួយប្រសិនបើលោក​អ្នកមានបញ្ហាមួយតទល់នឹង[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)របស់លោក​អ្នកសម្រាប់​ការ​បដិសេធន៍​ចំពោះ​[ការទាមទារមួយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)។ បណ្តឹងតវ៉ានេះត្រូវបានគេហៅថា[សារទុក្ខ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "grievance) ឬ[បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "appeal)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីសិទ្ធិរបស់លោក​អ្នក ចូលមើលការពន្យល់នៃអត្ថប្រយោជន៍​ដែល​លោក​អ្នកនឹងទទួលបានសម្រាប់ពាក្យ[ទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តនោះ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim)។ ឯកសារ[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)របស់លោក​អ្នកផ្ដល់ព័ត៌មានពេញលេញដើម្បីដាក់[ពាក្យទាមទារសំណង](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#claim) [បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#appeal)​   
ឬ​[សារទុក្ខ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#grievance)មួយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយទៅនឹង[ផែនការរបស់លោក​អ្នក](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់លោក​អ្នក ការជូនដំណឹងឬជំនួយ សូមទំនាក់ទំនង: [insert applicable contact information from instructions]។

**តើផែនការនេះផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងសំខាន់ចាំបាច់អប្បបរមាដែរឬទេ? [បាទឬចាស/ទេ]**

ប្រសិនបើលោក​អ្នកមិនមាន[ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-essential-coverage)សម្រាប់មួយខែ លោក​អ្នកនឹងចាំបាច់ធ្វើការទូទាត់នៅពេលដែលលោក​អ្នកធ្វើពន្ធប្រចាំឆ្នាំរបស់លោក​អ្នកលុះត្រាតែ​លោក​អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងពីតម្រូវការដែលលោក​អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់ខែនោះ។

**តើផែនការនេះជួបបទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមាដែរទេ? [បាទឬចាស/ទេ]**

ប្រសិនបើ[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/" \l "plan)របស់លោក​អ្នកមិនជួបតាមគោល​នយោបាយ[បទដ្ឋានតម្លៃអប្បបរមា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#minimum-value-standard) លោក​អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធ​[បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង​មួយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#premium-tax-credits)ដើម្បីជួយ​លោក​អ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)តាមរយៈ[ទីផ្សារ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#marketplace)។

**សេវាប្រើប្រាស់ភាសា៖**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number].]

[Navajo (Dine): Dinek’ehgo shika at’ohwol ninisingo, kwiijigo holne’ [insert telephone number].]

––––––––––––––*ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលផែនការនេះអាចរ៉ាប់រង ការចំណាយសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្រ្តមួយដែលជាគំរូ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់ –––––––––––*–––

Exclamation

**នេះមិនមែនជាការប៉ាន់ប្រមាណការចំណាយមួយទេ។** ការព្យាបាលដែលបានបង្ហាញ​គឺគ្រាន់តែជា​ឧទាហរណ៍នៃ​របៀបដែល​[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)នេះ​អាចរ៉ាប់រង​ការថែ​ទាំសុខ​ភាព។ ការចំណាយពិតប្រាកដរបស់អ្នកនឹងមានភាពខុសគ្នាអាស្រ័យលើការថែទាំពិតប្រាកដដែលអ្នកបានទទួល តម្លៃដែល[អ្នកផ្តល់សេវា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#provider)​របស់អ្នកគិត​ថ្លៃនិង​កត្តា​ជាច្រើនផ្សេងទៀត។ ផ្តោតទៅលើ[បរិមាណការរួមគ្នាលើការចំណាយ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#cost-sharing) ([ការកាត់កង](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) [ការចំណាយរួមគ្នា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#copayment)និង​[ការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#coinsurance))និង​[សេវាកម្មដែល​មិន​រួមបញ្ចូល](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#excluded-services)​នៅក្រោម[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)។ ប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីប្រៀបធៀបចំណែកនៃការចំណាយដែលអ្នកអាចបង់ប្រាក់នៅក្រោម[ផែនការ](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)សុខភាពផ្សេងគ្នា។សូមចំណាំឧទាហរណ៍  
ការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះត្រូវបានផ្អែកលើការធានារ៉ាប់រងដោយខ្លួនឯងតែប៉ុណ្ណោះ។

**អំពីឧទាហរណ៍ការរ៉ាប់រងទាំងនេះ:**

◼**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**[**សរុប**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**របស់**[**ផែនការ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

**Peg កំពុងមានផ្ទៃពោះ**

(9 ខែនៃការថែទាំមុនសម្រាលកូននៅក្នុងបណ្តា  
ញ និងសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យមួយ)

◼ [**អ្នកឯកទេស**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ចែករំលែកការចំណាយ]* $**

◼ **មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែង) *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

◼ **ផ្សេងៗ *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

**ឧទាហរណ៍នៃព្រឹត្តិការណ៍ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសេវាដូចជា៖**

ការចូលជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស *(ថែទាំមុន​ពេល​សម្រាល)*

សេវាកម្មពី​អ្នកជំនាញវិជ្ជាជីវៈកំណើតកូន/សម្រាលកូន

សេវាកម្មកន្លែងកំណើតកូន/សម្រាលកូន

ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ (*អេកូនិងការងារឈាម)*

ការចូលជួបអ្នកឯកទេស *(ការប្រើថ្នាំសន្លប់)*

|  |  |
| --- | --- |
| **តម្លៃឧទាហរណ៍សរុប** | **$** |

**ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Peg នឹងចំណាយប្រាក់៖**

|  |  |
| --- | --- |
| *ចែករំលែកការចំណាយ* | |
| ប្រាក់​ដក​បង់​មុន | $ |
| ការបង់ចំណាយរួមគ្នា | $ |
| ការធានារ៉ាប់រងរួម | $ |
| *អ្វីដែលមិនបានរ៉ាប់រង* | |
| ដែនកំណត់ ឬផ្តាច់មុខ | $ |
| **ចំនួនសរុបដែល Peg នឹងចំណាយគឺ** | **$** |

**ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ 2 របស់ Joe**

(មួយឆ្នាំនៃការថែទាំនៅក្នុងបណ្តាញជាទម្លាប់នៃស្ថានភាពគ្រប់គ្រងបានយ៉ាងល្អ)

◼**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន​**[**សរុប**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**របស់**[**ផែនការ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**អ្នកឯកទេស**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ចែករំលែកការចំណាយ]* $**

◼ **មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែង) *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

◼ **ផ្សេងៗ *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

**ឧទាហរណ៍នៃព្រឹត្តិការណ៍ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសេវាដូចជា៖**

ការចូលជួបគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (*រួមបញ្ចូល​ទាំងការ​អប់រំពី​ជំងឺ)*

ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ*(ធ្វើ​តេស្តឈាម)*

ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្រ្តប្រើប្រាស់បានយូរ *(ឧបករណ៍វាស់ជាតិស្ករ)*

|  |  |
| --- | --- |
| **តម្លៃឧទាហរណ៍សរុប** | **$** |

**ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Joe នឹងចំណាយប្រាក់៖**

|  |  |
| --- | --- |
| *ចែករំលែកការចំណាយ* | |
| ប្រាក់​ដក​បង់​មុន | $ |
| ការបង់ចំណាយរួមគ្នា | $ |
| ការធានារ៉ាប់រងរួម | $ |
| *អ្វីដែលមិនបានរ៉ាប់រង* | |
| ដែនកំណត់ឬផ្តាច់មុខ | $ |
| **ចំនួនសរុបដែល Joe នឹងចំណាយគឺ** | **$** |

**ការបាក់ឆ្អឹងធម្មតារបស់ Mia**(ការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងបណ្តាញ និងតាមដានការថែទាំ)

◼**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**[**សរុប**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#plan)**របស់**[**ផែនការ**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#deductible) **$**

◼ [**អ្នកឯកទេស**](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/#specialist) ***[ចែករំលែកការចំណាយ]* $**

◼ **មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែង) *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

◼ **ផ្សេងៗ *[ចែករំលែកការចំណាយ]* %**

**ព្រឹត្តិការណ៍ឧទាហរណ៍នេះរួមបញ្ចូលទាំងសេវាដូចជា៖**

ការថែទាំក្នុងបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ *(រួមទាំងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្ត)*

ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ *(X-ray)*

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្រ្តប្រើប្រាស់បានយូរ *(ឈើច្រត់)*

សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា *(ការព្យាបាលដោយចលនា)*

|  |  |
| --- | --- |
| **តម្លៃឧទាហរណ៍សរុប** | **$** |

**ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Mia នឹងចំណាយប្រាក់៖**

|  |  |
| --- | --- |
| *ចែករំលែកការចំណាយ* | |
| ប្រាក់​ដក​បង់​មុន | $ |
| ការបង់ចំណាយរួមគ្នា | $ |
| ការធានារ៉ាប់រងរួម | $ |
| *អ្វីដែលមិនបានរ៉ាប់រង* | |
| ដែនកំណត់ ឬផ្តាច់មុខ | $ |
| **ចំនួនសរុបដែល Mia នឹងចំណាយគឺ**  **ផែនការនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយផ្សេងទៀតនៃសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងគំរូមួយទាំងអស់នេះ។** | **$** |