|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | **នេះគឺគ្រាន់តែជាសេចក្ដីសង្ខេបមួយ។** ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានសេចក្តីលម្អិតបន្ថែមទៀតអំពីការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយរបស់លោកអ្នក លោកអ្នក អាចទទួលបានល័ក្ខខ័ណ្ឌពេញលេញនៅក្នុងឯកសារគោលនយោបាយ ឬផែនការនៅ **www.[insert]**ឬដោយការហៅទូរស័ព្ទ**1-800-[insert]**។ |

| **សំណួរសំខាន់ៗ** | **ចម្លើយ** | **ហេតុអ្វីបានជាការនេះសំខាន់៖** |
| --- | --- | --- |
| **តើប្រាក់​ដក​បង់​មុន ទាំងអស់គឺជាអ្វី?** | **$** | [NO:] លោកអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់រហូតដល់ចំនួនទឹក**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន​** ពេល​ផែនការ​នេះ​ចាប់​ផ្តើម​ដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវារ៉ាប់រងដែលលោកអ្នកប្រើ។ សូមពិនិត្យ​មើលគោល​នយោបាយ​ឬឯកសារ​ផែនការរបស់លោកអ្នក ដើម្បីមើលឃើញនៅពេលដែលចាប់ផ្តើមពីលើ**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន** (ជាធម្មតា ប៉ុន្តែ​មិនតែងតែទេ ថ្ងៃទី 1 ខែមករា)។ សូមមើលតារាងដែលចាប់ផ្តើមនៅនៅទំព័រទី 2 សម្រាប់​ចំនួន​ទឹក​ប្រាក់​ដែលលោកអ្នកបង់សម្រាប់ សេវារ៉ាប់រងបន្ទាប់ពីលោកអ្នកជួប​តាម​ការ​បង់​**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**។  [YES:]សូមមើលតារាងដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 2 សម្រាប់ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលផែន​ការនេះរ៉ាប់រង។ |
| **តើមានប្រាក់​ដក​បង់​មុន ផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវា កម្មជាក់លាក់ដែរទេ?** | **$** | [YES:]លោកអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទាំងអស់នៃការចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះរហូតដល់ចំនួនទឹក**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**ជាក់លាក់មុនពេលដែលផែនការនេះចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះ។  [NO:] លោកអ្នកមិនចាំបាច់បំពេញ**ប្រាក់​ដក​បង់​មុន**សម្រាប់សេវាជាក់លាក់នោះទេ ប៉ុន្តែ​សូម​មើល​តារាង​ដែល​ចាប់ផ្តើម នៅទំព័រទី 2 សម្រាប់ការចំណាយផ្សេងទៀតសម្រាប់ការផ្តល់សេវាដែលផែនការនេះរ៉ាប់រង។ |
| **តើមានការកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅនៅលើការចំណាយរបស់ខ្ញុំដែរទេ?** | **$** | [YES:]ការកំណត់**ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ**គឺភាគច្រើនបំផុតដែលលោកអ្នកអាចបង់ក្នុងអំឡុងពេលការធានារ៉ាប់រង (ជាធម្មតាមួយឆ្នាំ) សម្រាប់ចំណែករបស់លោកអ្នកនៃការចំណាយផ្តល់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ ដែនកំណត់នេះ អាចជួយឱ្យលោកអ្នកមានគម្រោងសម្រាប់ការចំណាយថែទាំសុខភាព។  [NO:] មិនមានការកំណត់លើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអាចបង់ក្នុងអំឡុងពេលការធានារ៉ាប់រងមួយសម្រាប់ចំណែ ករបស់លោកអ្នកនៃការចំណាយសេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រងទេ។ |
| **តើអ្វីដែលមិនត្រូវបានរួម បញ្ចូលនៅក្នុងដែនកំណត់ ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ?** |  | [YES:]ទោះបីជាលោកអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយទាំងនេះប្រាក់​នេះ​មិន​រាប់​ចូលក្នុង**ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទេ**។  [NO:]មិនអាចអនុវត្តពីព្រោះមិនមាន**ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ**នៅលើការចំណាយរបស់លោកអ្នកទេ។ |
| **តើមានដែនកំណត់ប្រចាំឆ្នាំ សរុបនៅលើអ្វីដែលផែនការត្រូវសងដែរទេ?** |  | [YES:]តារាងដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 2 រៀបរាប់អំពីការកំណត់ណាមួយនៅលើអ្វីដែល​ផែនការ​នឹង​បង់​ប្រាក់​សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង*ជាក់លាក់* ដូចជាការចូលជួបពេទ្យ។  [NO:]គម្រោងនេះនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះរហូតដល់កំណត់ក្នុងអំឡុងពេលការធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ បើទោះបីជាតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ច្រើនជាង។ លោកអ្នក​មាន​ការទទួ ល​ខុសត្រូវសម្រាប់ការចំណាយទាំងអស់ខាងលើដែនកំណត់នេះ។ គំនូស​តាង​ដែល​ចាប់ផ្តើម​នៅ​ទំព័រទី 2​រៀបរាប់អំពីដែនកំណត់ការធានារ៉ាប់រង*ជាក់លាក់*ដូចជាដែនកំណត់លើចំនួនអំពីការមកជួបពេទ្យ។ |
| **តើផែនការនេះប្រើប្រាស់ បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា​​ ដែរឬទេ?** |  | [YES:] ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើនៅក្នុងបណ្តាញគ្រូពេទ្យឬ**អ្នកផ្តល់សេវា**ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ផែនការនេះនឹង ចំណាយប្រាក់មួយចំនួនឬទាំងអស់នៃការចំណាយផ្តល់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ ត្រូវដឹងថាគ្រូពេទ្យ ឬ​មន្ទីរពេ ទ្យនៅក្នុងបណ្តាញរបស់លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់ **អ្នកផ្តល់សេវា​**នៅក្រៅបណ្តាញ​សម្រាប់សេវា​មួយចំនួន។ ផែនការប្រើពាក្យនៅក្នុងបណ្តាញ **បានពេញចិត្ត** ឬការចូលរួម​សម្រាប់ **អ្នកផ្តល់សេវា​**ក្នុង​បណ្តាញ **របស់ពួកគេ**។ សូមមើលតារាងដែលចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 2 សម្រាប់របៀប​ដែលផែន​ការ​នេះ​ត្រូវ​សង ប្រភេទផ្សេងគ្នានៃអ្ន កផ្តល់សេវា។  [NO:]ផែនការនេះចាត់ទុក**អ្នកផ្តល់សេវា**ដូចគ្នានៅក្នុងការកំណត់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចគ្នា។ |
| **តើខ្ញុំត្រូវការ អ្នក​បញ្ជូន​ដើម្បី​ចូលជួបអ្នកឯកទេសដែរទេ?** |  | [YES:] ផែនការនេះនឹងចំណាយប្រាក់មួយចំនួនឬទាំងអស់នៃការចំណាយដើម្បីចូលជួប**អ្នកជំនាញឯកទេស**ស ម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងមួយប៉ុន្តែបានតែប្រសិនបើលោកអ្នកមានការអនុញ្ញាតពីផែនការមុនពេលដែលលោកអ្នក ចូលជួប**អ្នកជំនាញ**។  [NO:]លោកអ្នកអាចចូលជួប**អ្នកជំនាញ**ដែលលោកអ្នកបានជ្រើសដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីផែនការនេះ។ |
| **តើមានសេវាដែលផែនការនេះមិនបានរ៉ាប់រងដែរទេ?** |  | [YES:]សូមមើលគោលនយោបាយឬឯកសារផែនការរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ព័តមានបន្ថែមអំពី**សេវាកម្មដែលមិនបានរួមបញ្ចូល**។  [NO:]សូមមើលគោលនយោបាយ ឬឯកសារផែនការរបស់លោកអ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម **ដែល​មិន​មាន​រួម​បញ្ចូល**។ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclamation** | * **ការ​បង់​ថ្លៃ​រង**គឺជាបរិមាណប្រាក់ដុល្លារដែលត្រូវបានកំណត់ (ឧទាហរណ៍ $15) លោកអ្នក​បង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព​ដែលរ៉ាប់រងជា​ធម្មតានៅពេល​ដែល​លោកអ្នកទទួលបានសេវា។ * **ធានារ៉ាប់រងរួម**ជាចំណែក*របស់លោកអ្នក*នៃការចំណាយនៃសេវាកម្មបានរ៉ាប់រងមួយដែលបានគណនាជាភាគរយនៃ**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត** សម្រាប់​ សេវា។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវ**បានអនុញ្ញាតពីផែនការ**សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យនៅមួយយប់ គឺ $1,000 ការទូទាត់​**ការធានារ៉ាប់រងរួម** នៃ 20% របស់លោកអ្នកនឹងមានចំនួន $200។ នេះអាចផ្លាស់ប្តូរប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានជួបតាមការ​បង់**ប្រាក់​ដក​បង់​មុនរបស់លោកអ្នក**។ * ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលផែនការចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង ត្រូវបានផ្អែកលើ**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត។** ប្រសិន​បើអ្នកផ្តល់សេវា**ក្រៅបណ្តាញ​**គិតប្រាក់ច្រើនជាង**ចំនួនដែលបានអនុញ្ញាត** អ្នកអាចត្រូវបង់ថ្លៃដកនៅសល់។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញគិតប្រាក់ $1,500 សម្រាប់​ការ​ស្នាក់​នៅមួយយប់និង**ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានអនុញ្ញាតនោះ**គឺ $1,000 លោកអ្នកអាចត្រូវតែបង់ប្រាក់ដកនៅសល់ $500។ (នេះត្រូវបានហៅថា**វិក័យប័ត្រតុល្យភាព**។) * [If network plan:] ផែនការនេះអាចលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យប្រើអ្នកផ្តល់សេវា \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ដោយ**គិតប្រាក់ពីអ្នក**ពីកាត់កង**កម្រិតទាប **ចំនួនទឹក​ប្រាក់ការ​បង់ចំណាយ​រួម​** និង​**ការធានារ៉ាប់រងរួម**។ [If non-network plan:]ការចែករំលែកការចំណាយរបស់អ្នកមិនអាស្រ័យលើថាតើ**អ្នកផ្តល់សេវា**​នោះ នៅក្នុង**បណ្តាញ ឬ​យ៉ាង​ណាទេ**។ |

| **ព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ទូទៅ** | **សេវាកម្មដែលលោកអ្នកប្រហែលជាត្រូវការ** | **ការចំណាយរបស់ លោក​អ្នក ប្រសិនបើលោក​អ្នក​ប្រើអ្នកផ្តល់សេវា មួយ [នៅក្នុងបណ្តាញ]** | **ការចំណាយរបស់ លោក​អ្នក ប្រសិនបើលោក​អ្នក​ប្រើអ្នកផ្តល់សេវា មួយ [នៅក្រៅបណ្តាញ]** | **ដែនកំណត់ និងករណីលើកលែង** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នកចូល​ជួបការិយាល័យ ឬ​គ្លីនិក​របស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមួយ** | ការចូលជួបការថែទាំជាបឋមដើម្បីព្យាបាលការរងរបួសឬជំងឺ |  |  |  |
| ការចូលជួបអ្នកឯកទេស |  |  |  |
| ការចូលជួបអ្នក​ប្រកប​អាជីព​ផ្នែក​ពេទ្យផ្សេងទៀត |  |  |  |
| ការថែទាំបង្ការ/ការពិនិត្យរាង​កាយ/ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើអ្នកមានការធ្វើតេស្តមួយ** | ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ (x-ray ធ្វើ​តេស្ត​ឈាម) |  |  |  |
| ឆ្លុះរូបភាព(ការស្កេន CT / PET, MRIs) |  |  |  |
| **ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្រើថ្នាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬ ស្ថានភាពរបស់អ្នក**  ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី **ការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃថ្នាំ ពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា**អាចរកបាននៅ www.[insert]. | [ថ្នាំទូទៅ] |  |  |  |
| [ថ្នាំ​មាន​យីហោក្នុង​ផែនការ] |  |  |  |
| [ថ្នាំ​មាន​យីហោក្រៅផែនការ] |  |  |  |
| [ថ្នាំមាន​តម្រូវពិសេស] |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការវះកាត់​អ្នក​ជំងឺមិន​ដេកពេទ្យ** | ថ្លៃកន្លែង (ឧទាហរណ៍ មជ្ឈមណ្ឌលការវះអ្នក​ជំងឺ​អាច​ដើរ​បាន) |  |  |  |
| ថ្លៃគ្រូពេទ្យ /គ្រូពេទ្យវះកាត់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការព្យាបាលជាបន្ទាន់** | សេវាកម្មបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ |  |  |  |
| ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ |  |  |  |
| ការថែទាំជាបន្ទាន់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោកអ្នក មានការស្នាក់នៅក្នុ ងមន្ទីរពេទ្យ** | ថ្លៃកន្លែង (ឧទាហរណ៍ បន្ទប់មន្ទីរពេទ្យ) |  |  |  |
| ថ្លៃគ្រូពេទ្យ /គ្រូពេទ្យវះកាត់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាព​អាកប្បកិរិយា ឬត្រូវ ការ សារធាតុញៀន** | សេវាកម្មអ្នកជំងឺមិនដេកពេទ្យសុខភាពផ្លូវចិត្ត/ អាកប្បកិរិយា |  |  |  |
| សេវាកម្មអ្នកជំងឺដេកពេទ្យសុខភាពផ្លូវចិត្ត/ អាកប្បកិរិយា |  |  |  |
| សេវាកម្មអ្នកជំងឺមិនដេកពេទ្យជំងឺមិនប្រក្រតីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន |  |  |  |
| សេវាកម្មអ្នកជំងឺដេកពេទ្យជំងឺមិនប្រក្រតីការប្រើ ប្រាស់សារធាតុញៀន |  |  |  |
| **ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ** | ការថែទាំមុនពេលសម្រាលនិងក្រោយពេល សម្រាលកូន |  |  |  |
| សេវាកម្មសម្រាលកូននិងអ្នកសម្រាកព្យាបាលទាំងអស់ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើលោក​អ្នក​ត្រូវ​ការជួយការជាសះស្បើយឡើងវិញ ឬ​មាន​តម្រូវ​ការសុខភាពពិសេស ​​ផ្សេងទៀត** | ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ |  |  |  |
| សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា |  |  |  |
| សេវាកម្មនីតិសម្បទា |  |  |  |
| ការ​ថែទាំ​ដោយ​គិលានុបដ្ឋាក​ជំនាញ |  |  |  |
| ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្រ្តប្រើប្រាស់បានយូរ |  |  |  |
| សង្គហដ្ឋាន​ |  |  |  |
| **ប្រសិនបើកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវការការថែទាំធ្មេញឬភ្នែក** | ការពិនិត្យភ្នែក |  |  |  |
| វ៉ែនតា |  |  |  |
| ពិនិត្យសុខភាពធ្មេញ |  |  |  |

**សេវាកម្មមិនរាប់បញ្ចូលនិងសេវាដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **សេវាកម្មដែលផែនការរបស់លោក​អ្នកមិនរ៉ាប់រង (នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមពិនិត្យមើលគោលនយោបាយ ឬឯកសារផែនការរបស់លោក​អ្នក​សម្រាប់​សេវា​មិន​រាប់​បញ្ចូលផ្សេងទៀត។)** | | |
| * ការថែទាំព្យាបាលសន្លាក់ និងសរសៃ * ការវះកាត់កែសម្ផស្ស * ការថែទាំធ្មេញ (មនុស្សពេញវ័យ) * ឧបករណ៍ជំនួយការស្ដាប់ | * ការព្យាបាលការគ្មានកូន * ការថែទាំរយៈពេលវែង * ការថែទាំមិនអាសន្នពេល​ដែលធ្វើដំណើរ​នៅក្រៅ​សហរដ្ឋ​អាមេរិក * ការថែទាំកាតព្វកិច្ចឯកជន | * ការថែទាំភ្នែកជាទម្លាប់ (មនុស្សពេញវ័យ) * ការថែទាំជើងជាទម្លាប់ * កម្មវិធីសម្រកទម្ងន់ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត (នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមពិនិត្យមើលគោលនយោបាយឬឯកសារផែនការសម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងផ្សេងទៀ តនិងការចំណាយរបស់លោក​អ្នកសម្រាប់សេវាទាំងនេះ។ )** | | |
| * ចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ | * វះកាត់សម្រកទម្ងន់ |  |

**សិទ្ធិរបស់លោក​អ្នកដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រង៖**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*\* គំរូធានារ៉ាប់រងសុខភាពបុគ្គល –**  ច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋអាចផ្តល់ជូនការការពារដែលអនុញ្ញាតឱ្យលោក​អ្នក​រក្សា​ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះដរាបណាលោក​អ្នក​បង់​ប្រាក់​**ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់​លោក​អ្នក**។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មានករណីលើកលែង ដូចជា ប្រសិនបើ៖   * លោក​អ្នកបានប្រព្រឹត្តការលួចបន្លំ * ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបញ្ឈប់ការផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មនៅក្នុងរដ្ឋ * លោក​អ្នកផ្លាស់ទីលំនៅក្រៅតំបន់នៃការធានារ៉ាប់រង   ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមពីសិទិ្ធរបស់លោក​អ្នកដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រង សូម​ទាក់​ទង​ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនៅ[contact number]។ លោក​អ្នក​អាច​ទាក់ទងនាយ កដ្ឋាន​សេវាធានារ៉ាប់រងរបស់លោក​អ្នកនៅ [1-800-927-HELP (4357) ឬ [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)](http://www.insurance.ca.gov)។ | **ឬ** | **\*\* គំរូការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាក្រុម -**  ប្រសិនបើលោក​អ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង នៅក្រោមផែនការ បន្ទាប់មក អាស្រ័យ​លើ​កាលៈទេសៈ ច្បាប់សហព័ន្ធនិងច្បាប់រដ្ឋអាចផ្ដល់នូវការការពារដែលអនុញ្ញាតឱ្យ លោក​អ្នករក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។សិទ្ធិណាមួយបែបនេះអាចត្រូវបានកំណ ត់នៅក្នុងកំឡុងពេលហើយនឹងតម្រូវឱ្យលោកអ្នកបង់**ថ្លៃធានារ៉ាប់រង**ដែលអាចខ្ពស់ជាងការធានារ៉ាប់រងដែលលោក​អ្នក​បាន​បង់​ខណៈ​ពេលដែលបានរ៉ាប់រងនៅក្រោ មផែនការ។ ដែនកំណត់ផ្សេងទៀតលើសិទ្ធិរបស់លោក​អ្នក​ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រង អាចអនុវត្តផងដែរ។  ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមពីសិទិ្ធរបស់លោក​អ្នកដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រង សូមទាក់​ទង​ផែន​ការនៅ[contact number]។ កអ្នកអាចទាក់ទងនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋរបស់លោក​អ្នក ក្រសួង​ការងារអាមេរិក រដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍បុគ្គលិកនៅ 1-866-444-3272 ឬ [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) ឬក្រសួងសេវាកម្មសុខាភិបាលនិងមនុស្សអាមេរិកនៅ  1-877-267-2323 x61565 ឬ[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)។ |

**សិទ្ធិបណ្តឹងងសារទុក្ខ និងឧទ្ធរណ៍របស់លោក​អ្នក៖**

[FOR GROUP PLANS:] ប្រសិនបើលោក​អ្នកមានបណ្តឹងឬមិនពេញចិត្តនឹងការបដិសេធនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងទាមទានៅក្រោមផែនការរបស់លោក​អ្នក លោក​អ្នកប្រហែល​ជា​អាច​**ប្តឹង​ឧទ្ធរណ៍**ឬធ្វើពាក្យ**សារទុក្ខមួយ**។ ចំពោះសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់លោក​អ្នក ការជូនដំណឹងនេះឬជំនួយ លោក​អ្នកអាចទាក់ទងមក៖[insert applicable plan contact information] នាយកដ្ឋានរដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍បុគ្គលិករបស់ការងារនៅ 1-866-444-EBSA (3272) ឬ www.dol.gov/ebsa/healthreform ; នាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងកាលីហ្វញ៉ា អង្គភាពសុខភាពការិយាល័យទំនាក់ទំនងអតិថិជន 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 ឬ   
1-800-927-HELP (4357) ឬ1-800-482-4833 TDD ឬ [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)។ លើសពីនេះទៀតកម្មវិធីជំនួយលោក​អ្នកប្រើប្រាស់អាចជួយលោក​អ្នកឱ្យដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរ  
ណ៍របស់លោក​អ្នក។ ទាក់​ទង​មក​ក្រសួង​ការធានារ៉ាប់រងកាលីហ្វ័រ (California Department of Insurance) នៅព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដែលបានផ្ដល់ខាងលើ។

[FOR INDIVIDUAL PLANS:]ប្រសិនបើលោក​អ្នកមានបណ្តឹង ឬមិនពេញចិត្តនឹងការបដិសេធនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារនៅក្រោមផែនការរបស់លោក​អ្នក លោក​អ្នកប្រហែល​ជា​អាច​**ប្តឹង​ឧទ្ធរណ៍**ឬធ្វើពាក្យ**សារទុក្ខមួយ**។ ចំពោះសំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់លោក​អ្នក ការជូនដំណឹងនេះឬជំនួយលោក​អ្នកអាចទាក់ទងមក៖ នាយកដ្ឋានធានារ៉ា  
ប់រងកាលីហ្វញ៉ា អង្គភាពសុខភាពការិយាល័យទំនាក់ទំនងអតិថិជន 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 ឬ 1-800-927-HELP (4357)   
ឬ1-800-482-4833 TDD ឬ [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)។ លើសពីនេះទៀតកម្មវិធីជំនួយលោក​អ្នកប្រើប្រាស់អាចជួយលោក​អ្នកឱ្យដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោក​អ្នក។ ទាក់ទង​មកក្រសួង​ការធានារ៉ាប់រងកាលីហ្វ័រ (California Department of Insurance) នៅព័ត៌មានទំនាក់ទំនងដែលបានផ្ដល់ខាងលើ។

**តើការធានារ៉ាប់រងនេះផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងសំខាន់ចាំបាច់អប្បបរមាដែរឬទេ?**

ច្បាប់ថែទាំតំលៃសមរម្យតម្រូវឱ្យមនុស្សភាគច្រើនបំផុតឱ្យមានការធានារ៉ាប់រង ការថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជា “ការរ៉ាប់រងសំខាន់ចាំបាច់អប្បបរមា”។ **ផែនការឬគោល  
នយោបាយនេះ [មាន / មិនមាន] ផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងសំខាន់ចាំបាច់អប្បបរមា។**

**តើការរ៉ាប់រងនេះបានជួបនូវស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាដែរទេ?**

**ច្បាប់ថែទាំតំលៃសមរម្យបង្កើតស្ដង់ដារតម្លៃអប្បបរមានៃអត្ថប្រយោជន៍នៃផែនការសុខភាព។ ស្ដង់ដារតម្លៃអប្បបរមាគឺ** 60% **(តម្លៃគណនាហានិភ័យ) ។ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនេះ [មាន/មិនមាន] ជួបស្តង់ដាតម្លៃអប្បបរមាសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលវាផ្ដល់នូវ។**

**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]. ]

––––––––*ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលផែនការនេះអាចរ៉ាប់រងការចំណាយសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្រ្តមួយដែលជាគំរូ សូមមើលទំព័របន្ទាប់ ––––*–––

**ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី 2**(ការថែទាំជាប្រចាំនៃស្ថានភាពគ្រប់គ្រងបានល្អ)

**ការមានកូន**(ការសម្រាលកូនជាធម្មតា)

**អំពីឧទាហរណ៍ការរ៉ាប់រងទាំងនេ៖**

ឧទាហរណ៍ទាំងនេះបង្ហាញអំពីរបៀបដែលផែនការនេះអាចរ៉ាប់រង ការ​ថែទាំវេជ្ជសាស្រ្ត​នៅ​ក្នុង​ស្ថាន​ភា  
ព​ដែល​បានផ្តល់ឱ្យ។ ប្រើឧទាហរណ៍ទាំងនេះដើម្បី  
មើលឃើញ ជាទូទៅ ចំនួន​ប្រាក់ការពារ​ផ្នែក​ហិរញ្ញ  
វត្ថុ​ដែល​អ្នក​ជំងឺ​គំរូម្នាក់អាចទទួលបានប្រសិនបើ  
ពួកគេស្ថិតក្រោមផែនការផ្សេងគ្នា។

**Exclamation**

**នេះមិនមែនជាការប៉ា  
ន់ប្រមាណការចំណា  
យមួយទេ។**

កុំប្រើឧទាហរណ៍ទាំងនេះក្នុងការប៉ាន់ប្រ  
មាណការចំណាយពិតប្រាកដរបស់អ្នក  
នៅក្រោម**ផែនការនេះ។ រថែទាំ**ជាក់ស្តែ  
ងដែលលោកអ្នកទទួលបាននឹងមានភា  
ពខុសគ្នាពីឧទាហរណ៍ទាំងនេះនិងកា  
រចំណាយនៃការថែទាំនោះនឹងមានភាព  
ខុសគ្នាផងដែរ។

សូមមើលទំព័របន្ទាប់សម្រាប់ព័ត៌មានសំ  
ខាន់អំពីឧទាហរណ័ទាំងនេះ។

◼ **ចំនួនទឹកប្រាកជំពាក់អ្នកផ្តល់សេវា៖** $7,540

◼ **ផែនការបង់** $

◼ **អ្នកជម្ងឺបង់** $

**ការចំណាយលើការថែទាំគំរូ៖**

|  |  |
| --- | --- |
| ការគិតប្រាក់មន្ទីរពេទ្យ (ម្តាយ) | $2,700 |
| ការថែទាំពេលសម្រាលកូនតាមទម្លាប់ | $2,100 |
| ការគិតប្រាក់មន្ទីរពេទ្យ (កុមារ) | $900 |
| ការប្រើថ្នាំសន្លប់ | $900 |
| ការធ្វើតេស្តរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ | $500 |
| វេជ្ជបញ្ជា | $200 |
| វិទ្យុសាស្ត្រ | $200 |
| វ៉ាក់សាំង ការបង្ការផ្សេងទៀត | $40 |
| **សរុប** | **$7,540** |

**អ្នក​ជំងឺ​បង់​៖**

|  |  |
| --- | --- |
| ប្រាក់​ដក​បង់​មុន | $ |
| ប្រាក់បង់រង | $ |
| ការធានារ៉ាប់រងរួម | $ |
| ដែនកំណត់ឬផ្តាច់មុខ | $ |
| **សរុប** | **$** |

◼ **ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានជំពាក់អ្នកផ្តល់សេវា៖** $5,400

◼ **ផែនការបង់** $

◼ **អ្នកជម្ងឺបង់** $

**ការចំណាយលើការថែទាំគំរូ៖**

|  |  |
| --- | --- |
| វេជ្ជបញ្ជា | $2,900 |
| បរិក្ខារពេទ្យ និងការផ្គត់ផ្គង់សំភារៈ | $1,300 |
| ការចូលជួបពេទ្យ និងនីតិវិធី | $700 |
| ការអប់រំ | $300 |
| ការធ្វើតេស្តរបស់មន្ទីរពិសោធន៍ | $100 |
| វ៉ាក់សាំង ការបង្ការផ្សេងទៀត | $100 |
| **សរុប** | **$5,400** |

**អ្នកជម្ងឺបង់៖**

|  |  |
| --- | --- |
| ប្រាក់​ដក​បង់​មុន | $ |
| បង់ប្រាក់រួម | $ |
| ការធានារ៉ាប់រងរួម | $ |
| ដែនកំណត់ ឬផ្តាច់មុខ | $ |
| **សរុប** | **$** |

**សំណួរ និងចម្លើយអំពីឧទាហរណ៍នៃការរ៉ាប់រង៖**

**តើមានអ្វីខ្លះនៃការសន្មត់ដែលនៅពីក្រោយឧទាហរណ៍នៃការរ៉ាប់រង?**

* ការចំណាយមិនរួមបញ្ចូល**ថ្លៃធានារ៉ាប់រង**។
* ការចំណាយលើការថែទាំគំរូត្រូវបានផ្អែកលើម  
  ធ្យម ​ភាគថ្នាក់ជាតិដែលបានផ្តល់ដោយក្រសួង ​  
  សុខា​ភិបាលនិងមនុស្សកិច្ចសហរដ្ឋអាមេរិក​ ហើ  
  យ​គឺ​មិនជាក់លាក់ចំពោះតំបន់ភូមិសាស្ត្រ​ពិសេ  
  ស ឬ ផែនការសុខភាព​ណាមួយ។
* ស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺគឺមិនមែនជាស្ថានភាព  
  មិន​រាប់បញ្ចូលឬដែលមានមកស្រាប់។
* សេវា និងការព្យាបាលទាំងអស់បានចាប់ផ្តើម និង​បានបញ្ចប់នៅក្នុងរយៈពេលការធានារ៉ាប់  
  រងដូចគ្នា។
* មិនមានការចំណាយវេជ្ជសាស្រ្តផ្សេងទៀតសម្រា  
  ប់សមាជិកណាមួយដែលបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម  
  ផែនការនេះ។
* ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅគឺត្រូវបានផ្អែកតែទៅ  
  លើការព្យាបាលជំងឺជាឧទាហរណ៍។អ្នកជំងឺបាន  
  ទទួលការថែទាំទាំងអស់ពី**អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងប  
  ណ្តាញ**។ ប្រសិនបើអ្នក​ជំងឺបាន​ទទួលការ​ថែ​ទាំ​ពី**អ្នកផ្តល់សេវា**ក្រៅបណ្តាញ ការចំណាយនឹ  
  ងត្រូវបានខ្ពស់ជាងនេះ។

**តើឧទាហរណ៍ការរ៉ាប់រងបង្ហាញពីអ្វី?**

សម្រាប់ស្ថានភាពការព្យាបាលនិមួយៗ ឧទាហរណ៍  
​នៃការ​រ៉ាប់​រងអាចជួយឱ្យលោក​អ្នកមើលពីរបៀប**ដែល  
ប្រាក់​ដក​បង់​មុន ការ​បង់​ថ្លៃ​រង**និង**ការធានារ៉ាប់រងរួម​**អាចបន្ថែម​ឡើង។​ វាអាចជួយឱ្យលោក​អ្នកមើលឃើ  
ញអ្វីដែលការ​ចំណាយអាចនៅសល់សម្រាប់លោក​អ្នកដើម្បីបងប្រាក់​ដោយ​សារតែសេវាកម្មឬការព្យាបា  
លមិនត្រូវ​បានរ៉ាប់រង​ឬ​ការបង់ប្រាក់មានដែនកំណត់។

**តើឧទាហរណ៍ការធានារ៉ាប់រងទស្សន៍ទាយការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំដែរទេ?**

**🗶 ទេ។** ការព្យាបាលបង្ហាញគឺគ្រាន់តែជាឧទាហរណ៍។ ការថែទាំដែលលោក​អ្នកនឹង​ទទួល​សម្រាប់​ស្ថាន​ភាព​នេះអាចត្រូវបានផ្សេងគ្នាផ្អែកលើដំបូន្មានរបស់វេជ្ជប  
ណ្ឌិត អាយុរបស់លោក​អ្នក ថាតើ​ស្ថាន​ភាព​របស់​លោកអ្នកធ្ងន់ធ្ងរយ៉ាងណានិងកត្តាជាច្រើនទៀត។

**តើឧទាហរណ៍ការធានារ៉ាប់រងទស្សន៍ទាយការ  
ចំណាយក្នុងពេលអនាគតរបស់ខ្ញុំដែរទេ?**

**🗶 ទេ។** ឧទាហរណ៍ការ​ធានារ៉ាប់រង**មិនមែន**ជាការ​ប៉ាន់​ប្រមាណការចំណាយប្រាក់ទេ។ លោក​អ្នក​មិន​អាច​ប្រើ​ឧទា​ហរណ៍នេះដើម្បីប៉ាន់ស្មានថាការចំណាយ  
សម្រាប់ស្ថានភាពពិតប្រាកដមួយទេ។ ពួក​គេ​គឺ​សប់​គោល​បំណងប្រៀបធៀបប៉ុណ្ណោះ។ ការចំណាយ​ផ្ទា  
ល់​ខ្លួន​របស់​លោក​អ្នកនឹងមានភាពខុសគ្នា​អាស្រ័យ​លើការ​ថែទាំ​ដែល​លោក​អ្នកបានទទួល តម្លៃដែល​**អ្នកផ្តល់​សេវា**របស់លោក​អ្នកគិតនិងសំណង​ដែល​ផែនការ​សុខ​ភាពរបស់លោក​អ្នក​អនុញ្ញាតឱ្យ។

**តើខ្ញុំអាចប្រើឧទាហរណ៍ការធានារ៉ាប់រងដើម្បីប្រៀបធៀបផែនការដែរទេ?**

**✓បាទឬចាស។** នៅពេលដែលលោក​អ្នកសម្លឹង​មើល​ទៅ​លើសេចក្ដីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍និងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផែនការផ្សេងទៀត លោក​អ្នកនឹងរក​ឃើញ​ឧទាហរណ៍ការធានារ៉ាប់រងដូចគ្នា។ នៅពេល​ដែល​លោក​អ្នកប្រៀបធៀបផែនការ សូមគូសប្រអប់ “អ្នក​ជំងឺ​បង់ប្រាក់” នៅក្នុងឧទាហរណ៍នីមួយៗ។ ទំហំលេខ​កាន់​តែតូច ការធានារ៉ាប់រង​បន្ថែមកាន់តែ​ច្រើនដែល​ផែនការផ្ដល់នូវ។

**តើមានការចំណាយផ្សេងទៀតដែលខ្ញុំគួរតែពិចារណានៅពេលដែលប្រៀបធៀបផែនការដែរឬទេ?**

**✓បាទឬចាស។**ការចំណាយសំខាន់គឺ**ថ្លៃធានារ៉ាប់រង**ដែលលោក​អ្នកបង់។ ជាទូទៅ ការបន្ថយ​**ការ​ធានា​រ៉ាប់រង**របស់លោក​អ្នកកាន់តែទាប លោក​អ្នក​នឹង​បង់​ប្រាក់ក្នុងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅកាន់តែច្រើន ដូច​ជា**ការ​បង់​ថ្លៃ​រង ប្រាក់​ដក​បង់​មុន​**និង​**ការធានា​រ៉ាប់រង​រួម**។លោក​អ្នកគួរតែពិចារណា​ការរួមចំណែក​ទៅ​ក្នុង​គណនីដូចជាគណនីសន្សំសុខភាព (HSAs) ការ​រៀបចំការចំណាយអាចបត់បែនបាន (FSAs) ឬ​គណនីសំណងសុខភាព (HRAs) ដែលជួយលោក​អ្នកក្នុងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។