



Dora P.
អ្នកថែទាំ, Tacoma

2025-2026

មគ្គុទេសក៍អំពី ការធានារ៉ាប់រង សុខភាព

ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705 ប្រសិនបើ
អ្នកមានសំណួរអំពីធានារ៉ាប់រង ឬត្រូវការជំនួយ
ក្នុងការដាក់ពាក្យ។

Get healthcare coverage information in
your language.

احصل على معلومات تغطية الرعاية
الصحية بلغتك.

获取以您使用的语言提供的健康保险信息。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជា
ភាសារបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하
십시오.

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ
ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।

Получите информацию о медицинском
страховом покрытии на вашем языке.

Ku hel macluumaadka ceymiska daryeelka
caafimaadka luqaddaada.

Obtenga información sobre la cobertura
de atención médica en su idioma.

Отримайте інформацію про покриття
медичної страховки своєю мовою.

Nhận thông tin về bảo hiểm chăm sóc
sức khỏe bằng ngôn ngữ của bạn.

myseiu.be/oe

3 ព័ត៌មានសង្ខេបសំខាន់ៗនៃគម្រោងសុខភាព

- 3 ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងនិងការចំណាយ
- 4 អត្ថប្រយោជន៍ថ្មី និងអត្ថប្រយោជន៍កាន់តែប្រសើរឡើង
- 4 ព័ត៌មានសង្ខេបសំខាន់ៗនៃអត្ថប្រយោជន៍
- 6 ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្មេញ

7 គណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព

ងាយស្រួលដាក់ពាក្យ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការធានារ៉ាប់រង ឬគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍អនឡាញ។

8 សំណួរគេសួរញឹកញាប់អំពីការធានារ៉ាប់រង

- 8 សិទ្ធិទទួលបាន
- 8 Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
- 8 ពេលវេលា និងរបៀបដាក់ពាក្យ
- 9 នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើម
- 9 សហបុព្វលាភប្រចាំខែ
- 9 របៀបបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង

10 របៀបរក្សាការធានារ៉ាប់រង

11 ជំនួយអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព

Deborah ត្រូវការការរក្សាទុកបេដូងចំណីដែលនឹងត្រូវចំណាយប្រាក់រាប់សែនដុល្លារដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយមិនសូវមានក្តីបារម្ភអំពីចំណាយ គាត់និយាយថា "ខ្ញុំអាចផ្ដោតមកលើខ្លួនឯង និងការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ។"

Deborah M.
អ្នកថែទាំ, Vancouver



អត្ថប្រយោជន៍សុខុមាលភាព



បន្ថែមពីលើការទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានគុណភាពខ្ពស់ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក - ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកកាត់បន្ថយភាពតានតឹង មានសុវត្ថិភាពនៅកន្លែងធ្វើការ និងបង្កើនគុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។



Caregiver Kicks៖ ទ្រនាប់ជើងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកថែទាំ

ទទួលបានមួយគូដោយឥតគិតថ្លៃរៀងរាល់ឆ្នាំ! មានជាង 90+ ម៉ូតចាប់ពីម៉ាក Reebok រហូតដល់ម៉ាក Sketchers, ទ្រនាប់ជើង Caregiver Kicks គឺជាទ្រនាប់ជើងដែលធន់នឹងការអិលដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីធ្វើឱ្យអ្នកកាន់តែមានសុវត្ថិភាព និងជាសុខភាពពេលបំពេញការងារ។ myseiu.be/kicks



អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំខ្លួនឯង

អ្នកថែទាំច្រើនតែផ្តល់អាទិភាពដល់អ្នកដទៃ ប៉ុន្តែការថែទាំខ្លួនឯងក៏សំខាន់ផងដែរ។ មានអត្ថប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃ និងតម្លៃទាបជាច្រើនសម្រាប់អ្នកថែទាំ ដែលអាចជួយដោះស្រាយភាពតានតឹង ការថប់បារម្ភ និងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តបាន។ myseiu.be/self-care

អត្ថប្រយោជន៍អ្នកថែទាំកាន់តែច្រើន



ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការចូលនិវត្តរបស់អ្នកថែទាំ ការរៀននិងអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទៃក្នុងការងារ និងរបៀបចូលប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះនៅ seiu775benefitsgroup.com។

មគ្គុទេសក៍ជាជំហានៗ ដើម្បី ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រង

ដំណើរការចុះឈ្មោះគឺងាយស្រួលណាស់។ ខ្ញុំគ្រាន់តែអានព័ត៌មានក្នុងកូនសៀវភៅ និងព័ត៌មានសង្ខេបសំខាន់ៗដែលចាំបាច់សម្រាប់ខ្ញុំ។ ការដែលអាចធ្វើវាអនឡាញបានគឺសាមញ្ញ។

Acacia V., អ្នកថែទាំ

1 ស្វែងយល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

- ស្វែងយល់អំពីជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងព័ត៌មានសង្ខេបសំខាន់ៗនៃអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងមគ្គុទេសក៍នេះ។
- សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតអំពីសិទ្ធិទទួលបាននៅទំព័រទី 8 ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ដែរឬអត់។
- ពិនិត្យមើលកូនសៀវភៅព័ត៌មានលម្អិតអំពីគម្រោង ដើម្បីស្វែងយល់ពីការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅនៃគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ការព្យាបាល និងសេវាកម្ម។
- ជ្រើសរើសជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រង និងគម្រោងសុខភាពធូញ។

2 រៀបចំដាក់ពាក្យ

- ប្រមូលព័ត៌មានរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវការលេខរបបសន្តិសុខសង្គម និងឈ្មោះនិយោជករបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យ។
- **Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖** ប្រមូលឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នក។ សូមមើលបញ្ជីឯកសារ និងការណែនាំដែលទទួលយកនៅ myseiu.be/cfk។

3 បង្កើតគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព

- ចូលទៅកាន់ myseiu.be/hba ដើម្បីរៀនពីរបៀបបង្កើតគណនី។ ពេលអ្នកមានគណនីហើយ អ្នកអាចចូលគណនីបានគ្រប់ពេលនៅ myseiu.be/magnacare។

4 ដាក់បញ្ចូនពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក

- បំពេញពាក្យសុំមុនថ្ងៃផុតកំណត់នៅ myseiu.be/magnacare។ ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ និងរបៀបដាក់ពាក្យតាមប្រៃសណីយ៍នៅទំព័រទី 8។
- **Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖** ដាក់បញ្ចូនឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទប់ នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យ។ ស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឯកសាររបស់អ្នកនៅ myseiu.be/cfk។

5 ទទួលសារជូនដំណឹងអំពីការដាក់ពាក្យ

- អ្នកនឹងទទួលបានបង្គាន់ដៃពាក្យតាមអ៊ីមែល ឬតាមរយៈគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ និងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមសំបុត្រ ឬអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននៃ
អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព៖
1-877-606-6705

ទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹង
សំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រង សិទ្ធិ
ទទួលបាន និងការដាក់ពាក្យ។



John R.
អ្នកថែទាំ, Seattle

ជម្រើសគម្រោង ធានារ៉ាប់រងលើ ការថែទាំសុខភាព

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានគុណភាពខ្ពស់
ដោយចាប់ផ្តើមត្រឹមតែ \$25 ក្នុងមួយខែ។ អ្នកអាចជ្រើសរើស
រ៉ាប់រងសម្រាប់តែខ្លួនឯង ឬបន្ថែម Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) សម្រាប់កូនក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។



បន្ទាប់ពីកូនទីពីរបស់គាត់ Dani បាន
ចុះឈ្មោះកូនទាំងពីរនៅក្នុង Coverage
for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
ដោយសរសើរ "អត្រាដ៏អស្ចារ្យ" ដែលជួយ
គ្រួសាររបស់គាត់ឱ្យអាចសន្សំសំចៃបាន
ប្រចាំខែ។

Dani R.
អ្នកថែទាំ, Asotin

ជម្រើសទី 1



ការធានារ៉ាប់រងបុគ្គលផ្នែក
វេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ

\$25/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នកដោយចំណាយ
ត្រឹមតែ \$25 ក្នុងមួយខែ។

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក
បង់ប្រចាំខែសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក
សូមមើលទំព័រ 9 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

សិទ្ធិទទួលបាន

ធ្វើការ 80 ម៉ោងឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ។

ជម្រើសទី 2



ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល
+ Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
វេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ

\$125/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនទាំងពីរ
របស់អ្នកដោយចំណាយត្រឹមតែ \$125
ក្នុងមួយខែ។

វាមានតម្លៃដូចគ្នា មិនថាអ្នកបន្ថែមកូនប៉ុន្មាននោះទេ!

អ្នកអាចបន្ថែមកូនក្នុងបន្ទុកដែលមានសិទ្ធិរហូតដល់ថ្ងៃកំណើតអាយុ 26
ឆ្នាំរបស់ពួកគេ រួមទាំងកូនបង្កើត កូនចិញ្ចឹម កូនចុង និងកូនរបស់ដៃគូក្នុងគ្រួសារ។
សមាជិក KPWA POS ត្រូវតែប្តូរគម្រោងដើម្បីបន្ថែម Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)។

សិទ្ធិទទួលបាន

ធ្វើការ 120 ម៉ោងឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ។

ជម្រើសទី 3



ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល
+ Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
ធ្មេញតែប៉ុណ្ណោះ

\$35/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនទាំងពីរ
ការធានារ៉ាប់រងធ្មេញសម្រាប់កូនរបស់អ្នក
ដោយចំណាយត្រឹមតែ \$35 ក្នុងមួយខែ។

2025

អត្ថប្រយោជន៍ថ្មី និងអត្ថប្រយោជន៍ កាន់តែប្រសើរឡើង

ការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង

ឥឡូវនេះ អ្នកថែទាំទទួលបានក្រេឌីតនៃការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងចំនួន 2 ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ក្រេឌីតនីមួយៗបន្ថែមការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរយៈពេល 1 ខែ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមចំនួនម៉ោងការងារដែលចាំបាច់ - ដោយផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងបន្តសម្រាប់អ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។

អត្ថប្រយោជន៍នៃការសុំកូន Prodyny

ទទួលបានរហូតដល់ \$15,000 សម្រាប់ការចំណាយទាក់ទងនឹងការសុំកូនចិញ្ចឹម (អត្ថប្រយោជន៍ពេញមួយជីវិត¹)។

¹ចំនួនអតិបរមាដែលរ៉ាប់រងសម្រាប់ការចំណាយទាក់ទងនឹងការសុំកូន ដរាបណាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ការចំណាយលើវេជ្ជបញ្ជាទាប

កាត់បន្ថយការចំណាយលើថ្នាំហ្វឹតម៉ាកមិនពេញនិយម ថ្នាំ EpiPens និងថ្នាំក្រោយការប៉ះពាល់នឹងមេរោគហ៊ីវ និងការព្យាបាលនានា។

អត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំដែលបញ្ជាក់ពីយេនឌ័រ

ឥឡូវនេះ គម្រោងទាំងអស់រ៉ាប់រងលើនីតិវិធី និងការព្យាបាលផ្សេងៗគ្នា។

អ្នកថែទាំសមនឹងទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណភាពខ្ពស់ និងគួរឱ្យទុកចិត្ត ដែលអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេផ្ដោតលើការផ្តល់ការថែទាំយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ - ដោយគ្មានភាពតានតឹងក្នុងការគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់ពួកគេ។ ការកែលម្អចុងក្រោយបំផុតទាំងនេះឆ្លុះបញ្ចាំងពីការបន្តការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ជូននូវការធានារ៉ាប់រងដែលពិតជាជួយដល់បទពិសោធន៍របស់អ្នកថែទាំ។

Merissa Clyde
នាយកប្រតិបត្តិ
SEIU 775
Benefits Group



សង្ខេបព័ត៌មានសំខាន់ៗ នៃអត្ថប្រយោជន៍ ធានារ៉ាប់រង

គម្រោងសុខភាពដែលមានសម្រាប់អ្នកគឺផ្អែកលើលេខកូដតំបន់នៃផ្ទះរបស់អ្នក។ គម្រោងដែលបានកំណត់របស់អ្នកផ្តល់មធ្យោបាយជាច្រើនដើម្បីជួយដល់សុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ ការធានារ៉ាប់រងរួមមានអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោម៖

- ✓ វេជ្ជសាស្ត្រ
- ✓ ការថែទាំបង្ការ
- ✓ សុខភាពធ្មេញ និងការពត់ធ្មេញ
- ✓ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា
- ✓ សុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ✓ ភ្នែក
- ✓ ការស្តាប់
- ✓ ការកសាងគ្រួសារ និងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពបន្តពូជ
- ✓ ការថែទាំដែលបញ្ជាក់ពីយេនឌ័រ
- ✓ ម៉ាស្សា និងការចាប់សរសៃ
- ✓ ការព្យាបាលដោយចលនា

ការជួបពិនិត្យថែទាំបឋមដោយឥតគិតថ្លៃ

មិនគិតថ្លៃចំពោះការជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP) ឡើយ។ អ្នកអាចទៅជួប PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាព និងនៅពេលដែលអ្នកឈឺ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវជម្រើសនៃការថែទាំតាមអ៊ីនធឺណិត ដូច្នេះអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះបាន។

*ការទៅជួប PCP របស់អ្នកមិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនទេ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកបណ្តឹងរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្ត ឬការងារមន្ទីរពិសោធន៍ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនលើសេវាទាំងនោះ។

ការថែទាំបន្ទាន់ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់

គម្រោងរបស់អ្នករ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ និងការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការថែទាំបន្ទាន់គឺជាជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបសម្រាប់បញ្ហាដែលមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដូចជាការរងរបួសតិចតួច ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ នៅពេលដែលគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកមិនអាចផ្តល់សេវាបាន។ ការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$200 ហើយគួរប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរដូចជា ឈឺច្រូង ពិបាកដកដង្ហើម ឬរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រាក់បង់មុន ឬប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអាចត្រូវបានអនុវត្ត។

អត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើនប្រភេទ (Rx) ក្នុងតម្លៃតិចតួចឬមិនគិតថ្លៃ អាស្រ័យលើកម្រិតឱសថ។ ឱសថទូទៅជាធម្មតាមានការចំណាយប្រាក់ផ្ទាល់ខ្លួនទាបបំផុត ខណៈដែលម៉ាកល្បី និងឱសថឯកទេសអាចមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ជម្រើសនៃការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក៏មានផងដែរ ដែលអាចឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ដែលដឹកបញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្លូវចិត្ត

សុខភាពផ្លូវចិត្តអារម្មណ៍ និងផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកមានសារៈសំខាន់ដូចសុខភាពផ្លូវកាយរបស់អ្នកដែរ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករួមមានជំនួយគាំទ្រពីអ្នកឯកទេស ថ្នាំ ការព្យាបាលជាក្រុម និងការថែទាំជម្រើសផ្សេងទៀត ក៏ដូចជាការចូលប្រើកម្មវិធីថែទាំខ្លួនឯង និងកម្មវិធី និងធនធានផ្សេងទៀត។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភ្នែក

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកផ្តល់នូវការថែទាំភ្នែកដ៏ទូលំទូលាយ។ ចំណុចនេះរួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យភ្នែកដោយឥតគិតថ្លៃ 1 ដងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង និង \$600 រៀងរាល់ 12 ខែសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ (ដូចជាកញ្ចក់ ស៊ុម និងកញ្ចក់ពាក់កែវភ្នែក)។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពត្រចៀក

តាមរយៈ EPIC Hearing អ្នក និងកូនរបស់អ្នកអាចទទួលបានការពិនិត្យត្រចៀកប្រចាំឆ្នាំដោយមិនគិតថ្លៃ ជាមួយនឹងការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ បូករួមទាំងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់រហូតដល់ \$3,000 ជាមួយនឹងការធានាបន្ថែមសម្រាប់ត្រចៀកម្ខាងៗ រៀងរាល់ 36 ខែ។



ការបណ្តុះបណ្តាលសុខភាព និងកម្មវិធីនានា

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព និងការបណ្តុះបណ្តាលអាចជួយអ្នកដោះស្រាយស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺលើសឈាម ក៏ដូចជាធ្វើឱ្យសុខភាពរាងកាយរបស់អ្នកប្រសើរឡើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់អ្នករួមមាន៖

- ការបណ្តុះបណ្តាលសុខភាពមួយទល់មួយសម្រាប់ការណែនាំផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីសម្រេចបានគោលដៅរបស់អ្នក។
- ជំនួយគាំទ្រពីក្រុមថែទាំដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងស្ថានភាពរបស់អ្នក។
- កម្មវិធី និងកម្មវិធីលើទូរសព្ទសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងតាមដានយ៉ាងងាយស្រួល។

ម៉ាស្សា និងការចាប់សរសៃ

ការឈឺចាប់សាច់ដុំ និងសន្លាក់អាចទទួលបានការព្យាបាល និងបង្ការដោយការព្យាបាលដោយចលនាដែលមានតម្លៃទាប ការម៉ាស្សា ការចាប់សរសៃ ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងកម្មវិធីសុខភាពតាមអ៊ីនធឺណិត។

ពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតអំពីគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់ដែនកំណត់នៃការជួបពិនិត្យ ឬលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការណែនាំបន្ត ហើយបញ្ជាក់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថាពួកគេទទួលយកការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅពេលកំណត់ពេលណាត់ជួប។

ការកសាងគ្រួសារ និងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព

បន្តពូជ

ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រប់ដំណាក់កាលនៃជីវិត ចាប់ពីការមានកូន និងការកសាងគ្រួសារ រហូតដល់មានផ្ទៃពោះ ក្រោយសម្រាល និងអស់រដូវ។ ទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលចុងក្រោយបំផុត ជំនួយគាំទ្រផ្ទាល់ខ្លួនពី Patient Care Advocates (PCA) និងការថែទាំដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ ហើយឥឡូវនេះ អ្នកអាចទទួលបានរហូតដល់ \$15,000 សម្រាប់ការចំណាយទាក់ទងនឹងការសុំកូនចិញ្ចឹម (អត្ថប្រយោជន៍ពេញមួយជីវិត)។



សូមមើលកូនសៀវភៅអំពីព័ត៌មានលម្អិតនៃគម្រោងសម្រាប់បញ្ជីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

កូនសៀវភៅអំពីព័ត៌មានលម្អិតនៃគម្រោងផ្តល់នូវការបកស្រាយពេញលេញនៃគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពឆ្នើមរបស់អ្នក រួមទាំងការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅ និងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ការទៅជួបពិនិត្យ និងការព្យាបាល។

“មានពេលមួយ ខ្ញុំពិតជាឈឺខ្លាំង ហើយសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យអស់រយៈពេល 45 ថ្ងៃ។ ដោយសារខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ខ្ញុំបានចំណាយតែបន្តិចបន្តួចប៉ុណ្ណោះ ហើយធានារ៉ាប់រងត្រូវចំណាយភាគច្រើន។ នោះហើយជាមូលហេតុដែលវាពិតជាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការមានការធានារ៉ាប់រង។”

Amy L.
អ្នកថែទាំ, Seattle

គម្រោងសុខភាពធ្មេញ

សុខភាពធ្មេញត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ជ្រើសរើសគម្រោងដែលស័ក្តិសមនឹងអ្នក។

ប្រើតារាងដើម្បីប្រៀបធៀបគម្រោង និងពិនិត្យមើលការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅដែលអាចកើតមានរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទូទៅនៅក្នុងកូនសៀវភៅអំពីព័ត៌មានលម្អិតនៃគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងរួចហើយ ហើយចង់ប្តូរគម្រោងសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបានក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ)។



	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
អត្ថប្រយោជន៍អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ	\$5,000	គ្មាន
ប្រាក់បង់មុន	\$0	\$0
ការពិនិត្យតាមទម្លាប់	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ
អត្ថប្រយោជន៍នៃការតម្រង់ធ្មេញ	បាទ/ចាស	បាទ/ចាស
បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល	Delta Dental មានបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាទូលំទូលាយ រួមទាំងនៅតំបន់ជនបទផងដែរ។ អ្នកនឹងចង់ស្វែងរក ទទួលពេទ្យ Delta Dental ដើម្បីបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។	Willamette Dental មានទីតាំងងាយស្រួលជាច្រើននៅ Washington ភាគខាងលិច ដែលអាចឱ្យអ្នកងាយស្រួលស្វែងរកទទួលពេទ្យ Willamette ប្រសិនបើអ្នករស់នៅតាមច្រករហៀង I-5។
ស្វែងរកពេទ្យធ្មេញនៅជិតអ្នក	ចូលទៅកាន់ deltadentalwa.com/fad/search ហើយជ្រើសរើស 'Delta Dental PPO' ដើម្បីត្រងលទ្ធផលស្វែងរករបស់អ្នក។	ចូលទៅកាន់ locations.willamettedental.com ហើយបញ្ចូលលេខកូដ ZIP របស់អ្នកទៅក្នុងរូបស្វែងរក។
សម្រាប់សំណួរផ្សេងៗ ឬព័ត៌មានបន្ថែម	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette



ដាក់ពាក្យស្នើសុំ ការធានារ៉ាប់រង អនឡាញ



ស្វែងយល់ពីរបៀបបង្កើត
គណនីនៅ myseiu.be/hba

បច្ចុប្បន្នគណនីមានជាភាសាអង់គ្លេស។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ
ជំនួយក្នុងការបង្កើតគណនី ឬការហៅទូរសព្ទនៃជំនួយភាសា
1-877-606-6705។

គណនីអនឡាញរបស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ MagnaCare
ដែលជាអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។

បន្ថែមពីលើការអាចស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬធ្វើការ
ផ្លាស់ប្តូរ អ្នកក៏អាចបង់សហបុព្វលាភ មើលប្រវត្តិការទូទាត់ ចូល
ប្រើឯកសារគម្រោង និងចុះឈ្មោះសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងតាម
អ៊ីមែលផងដែរ។

✓ ពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក

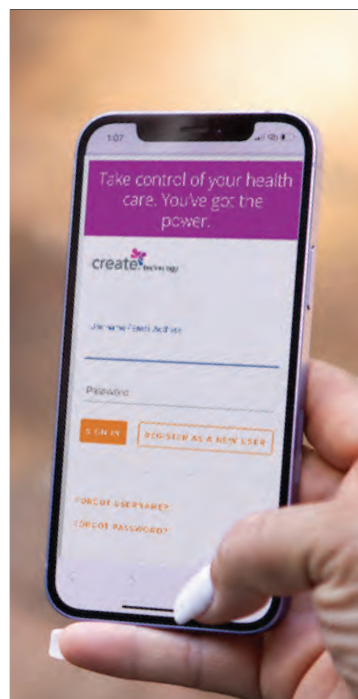
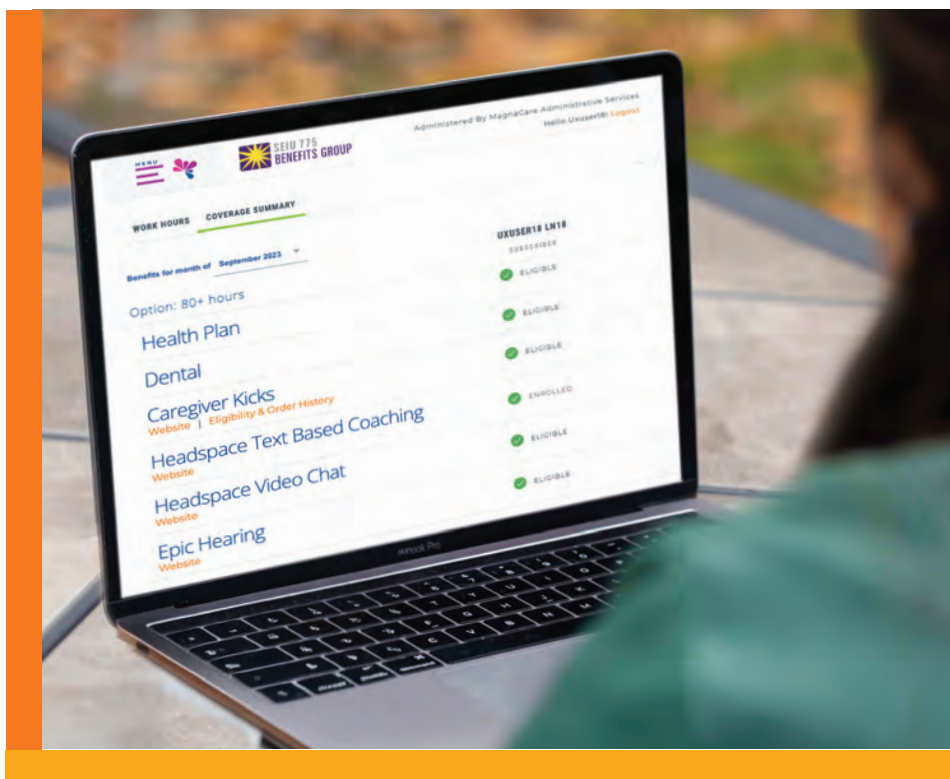
មើលចំនួនម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នក និងសិទ្ធិទទួលបាន
ធានារ៉ាប់រង និងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្សេងទៀត
ដូចជា Caregiver Kicks ជាដើម។

≡ ដាក់ពាក្យឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការធានារ៉ាប់រង

ចូលប្រើគណនីរបស់អ្នកដើម្បីងាយស្រួលដាក់ពាក្យ
អនឡាញ ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរលើការធានារ៉ាប់រងដែល
មានស្រាប់។

💬 ទទួលបានជំនួយការជជែកផ្ទាល់

ទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹងសំណួរអំពីការដាក់ពាក្យ
សិទ្ធិទទួលបាន និងច្រើនទៀតពីផ្នែកសេវាអតិថិជននៃ
អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព។



សំណួរគេសួរញឹកញាប់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គលដោយរបៀបណា?

អ្នកត្រូវតែធ្វើការឱ្យបាន 80 ម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ រយៈពេល 2 ខែជាប់គ្នា ដើម្បីក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យដោយរបៀបណា?

ដាក់ពាក្យ ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរតាមអនឡាញនៅ myseiu.be/magnacare។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានពាក្យអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព អ្នកអាចធ្វើសំបុត្រ ឬទូរសារពាក្យដែលបំពេញរួចទៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសារដែលបានរាយក្នុងពាក្យ។ តម្រូវឱ្យមានការបង់ថ្លៃប្រៃសណីយ៍នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។

អ្នកនឹងទទួលបានបង្កាន់ដៃពាក្យតាមអ៊ីមែល ឬតាមរយៈគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ និងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមសំបុត្រ ឬអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យបាននៅពេលណា?

មាន 3 ដងដែលអ្នកអាចស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងបាន៖

1. **សិទ្ធិទទួលបានដំបូង៖** ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទនៅលើឯកសារចុះឈ្មោះដែលមានសិទ្ធិថ្មីរបស់អ្នក។ សិទ្ធិទទួលបានដំបូងគឺនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិជាលើកដំបូង។
2. **Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ៖)** ថ្ងៃទី 1-20 ខែកក្កដាជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្តជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ មិនចាំបាច់ធ្វើសកម្មភាពអ្វីទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។
3. **Qualifying Life Event (QLE) (ព្រឹត្តិការណ៍ក្នុងជីវិតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖)** ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃ QLE ដែលផ្លាស់ប្តូរតម្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃ QLE រួមមានការស្លាប់ចិត្ត ការបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការលែងលះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ myseiu.be/qle។

មិនទាន់មានសិទ្ធិនៅឡើយមែនទេ? អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យបានក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ) នៅថ្ងៃទី 1-20 ខែកក្កដា។

បំពេញពាក្យស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព* ហើយការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលដែលអ្នកធ្វើការបាន 80+ ម៉ោងក្នុងមួយខែ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្ថែម Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) ការធានារ៉ាប់រងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកនឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលដែលអ្នកធ្វើការបាន 120+ ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

*ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកធ្វើការមិនបានដល់ 80+ ម៉ោងក្នុងមួយខែទេ អ្នកមិនអាចបំពេញពាក្យសុំតាមអនឡាញបានទេ។ អ៊ីមែល SEIU775BG-caregiver@magnacare.com ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ពាក្យសុំ។

តើខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) ដោយរបៀបណា?

អ្នកត្រូវតែធ្វើការឱ្យបាន 120 ម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ ដើម្បីក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)។

តើខ្ញុំអាចបន្ថែមអ្នកណាទៅ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)?

អ្នកអាចបន្ថែមកុមារដែលមានសិទ្ធិរហូតដល់ថ្ងៃកំណើតអាយុ 26 ឆ្នាំរបស់ពួកគេបាន។ កុមារក្នុងបន្ទុកដែលមានសិទ្ធិរួមមានកូនបង្កើត កូនចិញ្ចឹម កូនចុង និងកូនរបស់ដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

កុមារត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដូចគ្នានឹងអ្នក ហើយ អាចចុះឈ្មោះបានតែក្រោមអ្នកថែទាំម្នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ការធានារ៉ាប់រងអាចសម្របសម្រួលជាមួយគម្រោងខាងក្រៅបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

តើខ្ញុំបន្ថែម Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) ដោយរបៀបណា?

1. បំពេញផ្នែក Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) នៃពាក្យស្នើសុំ។
2. ជ្រើសរើសជម្រើសធានារ៉ាប់រង វេជ្ជសាស្ត្រ និងឆ្នេញ ឬតែឆ្នេញប៉ុណ្ណោះ។
3. ដាក់ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក ជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការដាក់ពាក្យ**។ ឧទាហរណ៍នៃឯកសារដែលទទួលយករួមមានច្បាប់ចម្លងសំបុត្រកំណើតដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល និងលិខិតប្រកាសពន្ធដែលរាយបញ្ជីអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលអ្នកចង់បន្ថែមទៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

**ការផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកគឺចាំបាច់នៅពេលចុះឈ្មោះកូនៗជាលើកដំបូង។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ឯកសារដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ពីមុនឡើយវិញទេ លុះត្រាតែមានការស្នើសុំ។



សូមចូលទៅកាន់ myseiu.be/cfk សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖

- របៀបដាក់ពាក្យសុំ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)។
- អ្នកដែលអ្នកអាចបន្ថែមទៅក្នុងការធានារ៉ាប់រង។
- បញ្ជីឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលទទួលយក។
- របៀបដាក់ឯកសាររបស់អ្នក។



តើការធានារ៉ាប់រងនឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?

Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ) ជាការព្យាបាល ឬការផ្លាស់ប្តូរត្រឹម ថ្ងៃទី 20 ខែកក្កដា សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា។

សិទ្ធិទទួលបានដំបូង និងព្រឹត្តិការណ៍ក្នុងជីវិតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖ ការធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបាន ទទួល និងដំណើរការ ដែលចំណាយពេលប្រហែល 2 សប្តាហ៍។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រូវបានទទួល៖

- ត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែមីនា ការធានារ៉ាប់រងនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមេសា។
- រវាងថ្ងៃទី 16 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ការធានារ៉ាប់រងនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែឧសភា។

Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) មិនអាចចាប់ផ្តើមបានទេ រហូតទាល់តែបន្ទាប់ពីការទទួលបាននិងដំណើរការការផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក របស់អ្នក។

តើខ្ញុំបង់សហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំដោយ របៀបណា?

និយោជករបស់អ្នកនឹងកាត់ប្រាក់សហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នកដោយ ស្វ័យប្រវត្តិ (ចំនួនដែលអ្នកបង់ជារៀងរាល់ខែ) ពីប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើនិយោជករបស់អ្នកមិនអាចធ្វើការកាត់ប្រាក់បាន អ្នកនឹងទទួលបាន សំបុត្របង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯងនៅក្នុងសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ និងតាមអ៊ីមែល ដែលណែនាំអ្នកឱ្យបង់សហបុព្វលាភរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបង់ប្រាក់តាម មូលប្បទានប័ត្រ ឬប្រើកាត់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាជាលក្ខណៈបុគ្គល (IP) ជាមួយ CDWA ការទូទាត់ ប្រចាំខែដំបូងរបស់អ្នកនឹងជាការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង។

តើចំនួនម៉ោងដែលខ្ញុំធ្វើការមានឥទ្ធិពលដល់ការធានា រ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

នៅពេលដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រង នោះចំនួនម៉ោងដែលអ្នកធ្វើការ ក្នុងរយៈពេលមួយខែកំណត់ស្ថានភាពនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក 2 ខែក្រោយ។ ឧទាហរណ៍៖ ចំនួនម៉ោងនៃខែកក្កដាដែលអ្នកធ្វើការនៅក្នុងខែមីនា។

ចំនួនម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលដែលអ្នកធ្វើការក្នុងខែនេះ៖	ខែធ្វើការ	ខែធានារ៉ាប់រង
	ខែមករា →	ខែមីនា
	ខែកុម្ភៈ →	ខែមេសា
	ខែមីនា →	ខែឧសភា
	ខែមេសា →	ខែមិថុនា
	ខែឧសភា →	ខែកក្កដា
	ខែមិថុនា →	ខែសីហា
	ខែកក្កដា →	ខែកញ្ញា
	ខែសីហា →	ខែតុលា
	ខែកញ្ញា →	ខែវិច្ឆិកា
	ខែតុលា →	ខែធ្នូ
	ខែវិច្ឆិកា →	ខែមករា
	ខែធ្នូ →	ខែកុម្ភៈ

កំណត់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងខែនេះ៖

ចុះបើខ្ញុំចង់បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង?

ដើម្បីបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក សូមដាក់ទម្រង់បែបបទ Waive Coverage (បោះបង់សិទ្ធិធានារ៉ាប់រង)។ អ្នកបោះបង់សិទ្ធិទទួលបាន៖

- ត្រឹមថ្ងៃទី 15 បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់។
- បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 15 បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែទីពីរ។

សំខាន់៖ អ្នកអាចចុះឈ្មោះឡើងវិញបានតែក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ) ឬបន្ទាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍ក្នុងជីវិតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ អ្នកបោះបង់សិទ្ធិទទួលបាននៅមុនថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដានៃឆ្នាំ បច្ចុប្បន្ន ការកំណត់ឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួល ចុះឈ្មោះ)។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ អ្នក នឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកដាក់ទម្រង់បែបបទ Waive Coverage (បោះបង់សិទ្ធិធានារ៉ាប់រង) ថ្មី។

តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើខ្ញុំបាត់បង់ការធានា រ៉ាប់រង?

អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពី COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) ដែលគ្រប់គ្រងដោយ Ameriflex (1-877-606-6705)។ COBRA អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកថែទាំ និងកូនរបស់អ្នកគេ រក្សាការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការទូទាត់ប្រចាំខែ។

ប្រសិនបើអ្នកឈប់ផ្តល់សេវាថែទាំ និងត្រូវការការធានារ៉ាប់រងរយៈពេលវែង សូម ពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានដោយឥតគិតថ្លៃ Washington Apple Health ឬ ស្វែងរកជម្រើសផ្សេងទៀតនៅ wahealthplanfinder.org។

ធ្វើការច្រើនម៉ោងបន្ថែមដើម្បី រក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាលក្ខណៈបុគ្គល (IP) ហើយត្រូវការចំនួន ម៉ោងបន្ថែមទៀតដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រង សូមសាកល្បង Carina ដែលជាគេហទំព័រផ្ទេរការងារឥតគិតថ្លៃដែលជួយអ្នកស្វែងរក អ្នកជំនីកាត់តែច្រើន។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/carina។





រក្សាការធានា រ៉ាប់រងលើការថែទាំ សុខភាពរបស់អ្នក

នៅពេលដែលអ្នកមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវតែធ្វើចំណុចដូចខាងក្រោម ដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបន្ត។

❗ ធ្វើការឱ្យគ្រប់ចំនួនម៉ោងដែលបានតម្រូវរបស់អ្នក។

ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល៖ អ្នកត្រូវតែធ្វើការឱ្យបានចាប់ពី 80 ម៉ោងក្នុងមួយខែនៃម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖ អ្នកត្រូវតែធ្វើការឱ្យបានចាប់ពី 120 ម៉ោងក្នុងមួយខែនៃម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក

ប្រសិនបើចំនួនម៉ោងរបស់អ្នកនៅក្រោម 120 ប៉ុន្តែនៅលើសពី 80 អ្នកនឹងបាត់បង់ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) ប៉ុន្តែរក្សាការធានារ៉ាប់រងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

❗ រាយការណ៍ចំនួនម៉ោងរបស់អ្នកឱ្យទាន់ពេលវេលា។

អ្នកនឹងបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមិនរាយការណ៍ចំនួនម៉ោងធ្វើការរបស់អ្នកទាន់ពេល។

អ្នកត្រូវតែដាក់បញ្ចូលចំនួនម៉ោងដែលយឺតយ៉ាវ ឬការកែតម្រូវជាមួយនិយោជករបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃខែដែលបានធ្វើការ។

❗ បង់សហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នកឱ្យបានពេញលេញ។

សូមមើលទំព័រមុនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅ myseiu.be/maintain

សូមមើលឧទាហរណ៍នៃអ្វីដែលនឹងកើតឡើងនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចធ្វើការគ្រប់ចំនួនម៉ោងដែលបានតម្រូវរបស់អ្នកដោយមាននិងគ្មានក្រេឌីតនៃការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

ការជឿទុកចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង

កាលវិភាគដែលមិនអាចទាយទុកជាមុនបានអាចធ្វើឱ្យមានការលំបាកក្នុងការបំពេញតាមចំនួនម៉ោងការងារដែលត្រូវបានតម្រូវ។ អត្ថប្រយោជន៍នៃការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងជួយធានាបាននូវការរ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពបន្ត ទោះបីជាអ្នកមិនអាចធ្វើការដូចដែលបានគ្រោងទុកក៏ដោយ។

របៀបដែលការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដំណើរការ៖

- អ្នកទទួលបាន 2 ក្រេឌីតក្នុងមួយឆ្នាំនៃការធានារ៉ាប់រង (សីហា-កក្កដា)។
- ក្រេឌីតនីមួយៗបន្ថែមការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 1 ខែ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមចំនួនម៉ោងការងារដែលបានតម្រូវ។ ក្រេឌីតរ៉ាប់រងទាំងអ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។
- ក្រេឌីតអនុវត្តដោយស្វ័យប្រវត្តិ—មិនចាំបាច់ធ្វើសកម្មភាពណាមួយទេ។
- អ្នកអាចពិនិត្យមើលសមតុល្យក្រេឌីតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល ដោយចូលទៅក្នុងគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់៖

តើក្រេឌីតរបស់ខ្ញុំកំណត់ឡើងវិញនៅពេលណា?

ក្រេឌីត 2 របស់អ្នកកំណត់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ជាម្សិលមិញ។ អ្នកអាចប្រើពួកវាបានភ្លាមៗនៅពេលដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ។

តើក្រេឌីតដែលមិនបានប្រើនឹងបន្តទៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ?

ទេ។ ជាម្សិលមិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែសីហា អ្នកទទួលបានក្រេឌីតថ្មីចំនួន 2។ ឥណទានដែលមិនបានប្រើមិនត្រូវបានផ្ទេរទៅខែបន្ទាប់ទេ។

តើខ្ញុំអាចប្រើក្រេឌីតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ខែជាប់ៗគ្នាបានទេ?

ទេ អ្នកមិនអាចប្រើក្រេឌីតសម្រាប់ 2 ខែជាប់គ្នាបានទេ។

ចុះបើខ្ញុំធ្វើការគ្រប់ចំនួនម៉ោងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល ប៉ុន្តែមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)? ក្នុងករណីនេះ ក្រេឌីតចំនួន 1 នឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីបន្ថែមការធានារ៉ាប់រងរបស់កូនអ្នកសម្រាប់ខែនោះ។

ប្រសិនបើខ្ញុំប្រើក្រេឌីត តើខ្ញុំនៅតែបង់ថ្លៃសហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំទេ? បាទ/ចាស អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះសហបុព្វលាភរបស់អ្នកក្នុងខែនោះ។ សូមមើលទំព័រ 9 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសហបុព្វលាភ។

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព



សេវាបម្រើអតិថិជន

ទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹងសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រង សិទ្ធិទទួលបាន ការដាក់ពាក្យ និងច្រើនទៀត។

សេវាបម្រើអតិថិជនមានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។

1-877-606-6705

មានជំនួយផ្នែកភាសា។

ជំនួយការជជែកផ្ទាល់

ចូលគណនីនៅ myseiu.be/magnacare សម្រាប់ជំនួយការជជែក។

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

មិនអាចទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនក្នុងម៉ោងធ្វើការឬ? អ៊ីមែល និងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។



ធនធានបន្ថែម

វាក្យសព្ទធានារ៉ាប់រងទូទៅ

យល់កាន់តែច្បាស់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយសិក្សាពីនិយមន័យនៃវាក្យសព្ទធានារ៉ាប់រងសុខភាពទូទៅ។

myseiu.be/hc-terms

Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)

ស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) និងឯកសារអ្វីខ្លះដែលចាំបាច់ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក។

myseiu.be/cfk

ប្រើធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

ទទួលបានគន្លឹះក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតរបស់អ្នក ដើម្បីជួយដល់សុខុមាលភាពរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

myseiu.be/covered



ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 2025-2026

កូនសៀវភៅ ព័ត៌មានលម្អិត អំពីគម្រោង

កូនសៀវភៅនេះរួមបញ្ចូលឯកសារសំខាន់ៗ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក៖

សេចក្តីសង្ខេបនៃការកែប្រែឯកសារ (SMM)៖

វាយបញ្ជីបច្ចុប្បន្នភាព ឬការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយចំពោះគម្រោងរបស់អ្នក ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2025។

ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីគម្រោងសុខភាពធូញ និងវេជ្ជសាស្ត្រ៖

ទិដ្ឋភាពទូទៅសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ និងជម្រើសសុខភាពធូញរបស់អ្នក ដែលបង្កើតឡើងដោយ SEIU 775 Benefits Group។

សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រង (SBC)៖

ការពន្យល់លម្អិតអំពីគម្រោងរបស់អ្នក រួមទាំង៖

- ភាពទូទៅនៃតម្រូវការ និងវេជ្ជបញ្ជា (ដូចជាការទៅជួបគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពិសោធន៍ ការថែទាំជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ល។) ត្រូវបានរ៉ាប់រង។
- អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ និងអ្វីដែលគម្រោងត្រូវបង់ប្រាក់ (ប្រាក់បង់មុន ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សហធានារ៉ាប់រង)។
- អ្វីដែលរួមបញ្ចូល - និងអ្វីដែលមិនរួមបញ្ចូល (ដែនកំណត់ ឬការលើកលែងចំពោះការធានារ៉ាប់រង)។

ធនធានគម្រោង៖

លេខទំនាក់ទំនង និងគេហទំព័រដែលត្រូវប្រើក្រោយពេលអ្នកបានចុះឈ្មោះ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ Kaiser Permanente of Washington POS។ គម្រោងនេះមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2025 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2026។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី SBC, SMM ឬសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជនអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពតាមរយៈ៖

1-877-606-6705

ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង

6:00 ល្ងាច PST

SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

Maila C.
អ្នកថែទាំ, Seattle



សេចក្តីសង្ខេបនៃ ការកែប្រែឯកសារ

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់តាមរយៈ SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust សម្រាប់ Consumer
Direct of Washington (CDWA) អ្នកផ្តល់សេវាលក្ខណៈបុគ្គល
(IP) និងអ្នកផ្តល់សេវាជាទីភ្នាក់ងារ (AP)

សេចក្តីសង្ខេបនៃការកែប្រែឯកសារនេះ (“SMM”) កែប្រែព័ត៌មានមួយចំនួនដែលមាននៅ
ក្នុងការពណ៌នាគម្រោងសង្ខេប (“SPD”) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពស្នូល (“គម្រោង”)
ដែលពណ៌នាអំពីគម្រោងគិតត្រឹមថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2025។

មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2025 អត្ថប្រយោជន៍គម្រោង និងច្បាប់សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការធានា
រ៉ាប់រងសុខភាពនឹងផ្លាស់ប្តូរ។ AP និង IP គួរតែដឹងពីការកែលម្អអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម៖

ការជឿទុកចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ផ្តល់ឱ្យអ្នកថែទាំនូវក្រេឌីតចំនួន 2 ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ក្រេឌីតនីមួយៗបន្ថែម
ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរយៈពេល 1 ខែ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមចំនួនម៉ោងការងារដែល
ចាំបាច់ - ដោយផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងបន្តសម្រាប់អ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។

អត្ថប្រយោជន៍នៃការសុំកូនចិញ្ចឹមពេញមួយជីវិត \$15,000 ផ្តល់ជូនដោយ Progyny។

ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានកាត់បន្ថយសម្រាប់៖

- ប្រដាប់បរិក្ខារ និង EPI។
- ការព្យាបាលដោយឱសថ និងការព្យាបាលក្រោយការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ចំនួន 1 ដងនឹងត្រូវកាត់បន្ថយ
មកត្រឹម \$0។

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងរបស់ Aetna ឥឡូវនេះ អ្នកអាចចូលប្រើការថែទាំដែល
បញ្ជាក់ពីយេនឌ័រដែលបានពង្រីកបន្ថែម៖

- លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃឯកសារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រកម្រិតទីពីរត្រូវបានដកចេញ។
- ការព្យាបាលដោយការកែប្រែសំឡេង និងនីតិវិធីកែទម្រង់រាងកាយឥឡូវនេះមានហើយ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជនតាម
លេខ 1-877-606-6705 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច PST ឬអ៊ីមែល
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com។



SEIU 775
BENEFITS GROUP

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 2025-2026

ព័ត៌មានសង្ខេបអំពី គម្រោងសុខភាព ធ្មេញ និងវេជ្ជសាស្ត្រ

ទិដ្ឋភាពទូទៅសង្ខេបនៃផែនការវេជ្ជសាស្ត្រ និងជម្រើសសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក
ដែលបង្កើតឡើងដោយ SEIU 775 Benefits Group។



នេះគឺជាព័ត៌មានសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយ SEIU 775 Benefits Group។ នេះមិនមែនជាកិច្ចសន្យា ឬវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ ការពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ រួមទាំងការថែទាំជម្រើសផ្សេងទៀត គឺសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សមាជិកនឹងត្រូវបានគិតប្រាក់តិចជាងប្រាក់រួមចំណែកចំណាយសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬគិតថ្លៃជាក់ស្តែងសម្រាប់សេវានោះ។ សម្រាប់បញ្ញត្តិស្តីពីការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ រួមទាំងដែនកំណត់ សូមមើលវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

អត្ថប្រយោជន៍	នៅក្នុងបណ្តាញ	ក្រៅបណ្តាញ
ប្រាក់បង់មុនក្នុងគម្រោង	គ្មានប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ	ប្រាក់បង់មុនសម្រាប់បុគ្គល៖ \$500 ក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
ការលើកប្រាក់បង់មុនសម្រាប់បុគ្គលទៅពេលក្រោយ	មិនអាចអនុវត្តបាន	ប្រាក់បន្តនៅត្រីមាសទី 4 ត្រូវបានអនុវត្ត
សហធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង	គ្មានសហធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង	គម្រោងបង់ 80% អ្នកបង់ 20% នៃចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានអនុញ្ញាត។
ដែនកំណត់ប្រាក់ហោប៉ៅ	ដែនកំណត់ប្រាក់ហោប៉ៅនីមួយៗ៖ \$1,200 ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅលើសេវាដែលរ៉ាប់រងខាងក្រោមត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងដែនកំណត់ប្រាក់ហោប៉ៅ៖ ប្រាក់រួមចំណែកថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង	ដែនកំណត់ប្រាក់ហោប៉ៅបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅលើសេវាដែលរ៉ាប់រងខាងក្រោមត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងដែនកំណត់ប្រាក់ហោប៉ៅ៖ ប្រាក់រួមចំណែកថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង
ទិវលាវង់ចំណែកស្ថានភាពដែលមានស្រាប់ពីមុន (PEC)	គ្មាន PEC	ដូចគ្នានឹងបណ្តាញ
កម្រិតកំណត់ធានារ៉ាប់រង	គ្មានដែនកំណត់	ដូចគ្នានឹងអតិបរមាបណ្តាញ
សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ការទៅជួបនៅការិយាល័យ)	គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការថែទាំបឋម/ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 សម្រាប់ឯកទេស	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការថែទាំជាបន្ទាន់	មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់នៃបណ្តាញ៖ គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការថែទាំបឋម/ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 សម្រាប់ឯកទេស	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាមន្ទីរពេទ្យ	សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$50	សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង។ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$50 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា* (ឱសថដែលអាចចាក់បាន មួយចំនួនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោមសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ)	ឱសថផ្នែកលើតម្លៃ**/ឱសថទូទៅដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$4/\$8/\$25/\$50 ក្នុងមួយការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ អាំងស៊ុយលីន៖ ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2) / មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) \$0/\$0/\$25 ប្រដាប់ប្រភព និង EPI៖ ឱសថដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ឱសថម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$8/\$25/\$35	ម៉ាកទូទៅដែលនិយមប្រើ/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ/មិននិយមប្រើ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$13/\$30/\$55 ក្នុងមួយការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ អាំងស៊ុយលីន៖ ម៉ាកទូទៅដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) \$0/\$0/\$25 ប្រដាប់ប្រភព និង EPI៖ ឱសថដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ឱសថម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$8/\$25/\$35
ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដែលមានវេជ្ជបញ្ជា	បញ្ចុះតម្លៃ \$5 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ	មិនត្រូវបានធានា
ការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រ	ធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះរហូតដល់ 20 ដងក្នុងមួយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការជួបពិគ្រោះបន្ថែមនៅពេលដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង - ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់	គម្រោងបង់ 80% អ្នកបង់ 20%	ដូចគ្នានឹងបណ្តាញ
ភាពញៀនសារធាតុគីមី	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត

*ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការឱ្យអង្គការដែលមានមូលដ្ឋានលើសាសនា គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនរាប់បញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងពន្យារកំណើត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតស្របតាមករណ៍លើកលែងសាសនាក្នុងច្បាប់ Affordable Care Act (ច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងទទួលបានការងារយ៉ាងមិត្តិកថ្លៃ (និងដោយមិនចាំបាច់ធ្វើសកម្មភាពបន្ថែមណាមួយឡើយ) ពី Kaiser Permanente ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព។ **ឱសថផ្នែកលើតម្លៃឱសថទូទៅសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពផ្សេងៗ។

អត្ថប្រយោជន៍	នៅក្នុងបណ្តាញ	ក្រៅបណ្តាញ
ឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ • ឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ • បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប្រចាំ • គ្រឿងបរិក្ខារតម្រង់ឆ្អឹង • អាវុធនាបក្រាយសម្រាលបានកំណត់ត្រឹមពីរ (2) រៀងរាល់ប្រាំមួយ (6) ខែ • សម្ភារៈរក្សាទុកបើកបរចូលទៅក្នុងព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា • ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត	ត្រូវបានធានាត្រឹម 100%។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន បើពុំនោះទេនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។	ត្រូវបានធានាត្រឹម 50% ប្រាក់បង់មុនត្រូវបានអនុវត្ត
សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែម	អាំងស៊ុយលីន មូល ស៊ីរ៉ាំង និងប្រដាប់ដោះ - សូមមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនខាងក្រៅ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យក្នុងក្រុងឈាមសារធាតុធ្វើតេស្ត និងសម្ភារៈ សូមមើលឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ។ នៅពេលដែលឧបករណ៍ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារ ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានរ៉ាប់រង និងមានដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែមមិនស្ថិតក្រោមដែនកំណត់ទាំងនេះទេ។	អាំងស៊ុយលីន មូល ស៊ីរ៉ាំង និងប្រដាប់ដោះ - សូមមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនខាងក្រៅ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យក្នុងក្រុងឈាមសារធាតុធ្វើតេស្ត និងសម្ភារៈ សូមមើលឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ។ នៅពេលដែលឧបករណ៍ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារ ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានរ៉ាប់រង និងមានដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែមមិនស្ថិតក្រោមដែនកំណត់ទាំងនេះទេ។
សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការស្ម័គ្រចិត្ត	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ត្រូវបានធានាក្រោមសេវាមន្ទីរពេទ្យ អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររូបភាពវិទ្យុសកម្មទំនើបដូចជា CT, MR និង PET ត្រូវតែកំណត់ថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន លើកលែងតែនៅពេលដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ត្រូវបានធានាក្រោមសេវាមន្ទីរពេទ្យ អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររូបភាពវិទ្យុសកម្មទំនើបដូចជា CT, MR និង PET ត្រូវតែកំណត់ថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន លើកលែងតែនៅពេលដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានលើកលែងប្រសិនបើអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាក)	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$200	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$200
ការពិនិត្យការស្តាប់ (តាមទម្លាប់)	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ផ្នែកការស្តាប់ EPIC។ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនទេ រហូតដល់ \$3,000 សម្រាប់ត្រចៀកម្នាងរៀងរាល់ 3 ឆ្នាំ គិតជាថ្លៃចំណាយលើប្រដាប់ជំនួយការស្តាប់។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/epic	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ផ្នែកការស្តាប់ EPIC។ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនទេ រហូតដល់ \$3,000 សម្រាប់ត្រចៀកម្នាងរៀងរាល់ 3 ឆ្នាំ គិតជាថ្លៃចំណាយលើប្រដាប់ជំនួយការស្តាប់។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/epic
សេវាសុខាភិបាលនៅផ្ទះ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។ គ្មានការកំណត់ចំពោះការជួបពិគ្រោះ។	គ្មានការកំណត់ចំពោះការជួបពិគ្រោះ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ	ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាព្យាបាលភាពមិនមានកូន	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ការមានកូន និងការកសាងគ្រួសារ Progyny។ 2+1 Smart Cycles ដើម្បីជួយសមាជិកតាមរយៈដំណើរនៃការមានកូន និងការកសាងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/progyny	មិនត្រូវបានធានា
ការព្យាបាលដោយចលនាដៃ	ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះរហូតដល់ 20 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនដោយគ្មាន ការអនុញ្ញាតជាមុន ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ដែនកំណត់ជួបពិគ្រោះដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាម៉ាស្សា	សូមមើលសេវាស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ	សូមមើលសេវាស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ
សេវាសម្ភព	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0។ ការថែទាំតាមទម្លាប់ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនលើសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត។ ការថែទាំតាមទម្លាប់ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនលើសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

អត្ថប្រយោជន៍	នៅក្នុងបណ្តាញ	ក្រៅបណ្តាញ
សុខភាពផ្លូវចិត្ត	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់កាត់កង និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0។ ការជួបពិគ្រោះគ្មានដែនកំណត់ក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន ដោយមិនទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន។ ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាទារកទើបនឹងកើត	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យជំងឺបង្កង៖ សូមមើលសេវាមន្ទីរពេទ្យ; ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ៖ សូមមើលសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ៖ សូមមើលការថែទាំបង្ការ។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយលើសេវាទារកទើបនឹងកើតគឺជាចំណាយឡែកពីម្តាយ។	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យជំងឺបង្កង៖ សូមមើលសេវាមន្ទីរពេទ្យ; ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ៖ សូមមើលសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ៖ សូមមើលការថែទាំបង្ការ។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយលើសេវាទារកទើបនឹងកើតគឺជាចំណាយឡែកពីម្តាយ។
សេវាទាក់ទងនឹងជំងឺឆាត់	រ៉ាប់រងលើការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនៅពេលដែលបានបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ	រ៉ាប់រងលើការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនៅពេលដែលបានបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ
ការប្តូរសរីរាង្គ	គ្មានដែនកំណត់ គ្មានរយៈពេលរង់ចាំ អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	រួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការថែទាំបង្ការ ការថែទាំរាងកាយឱ្យបានល្អ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការពិនិត្យដោយកៀសមាត់ស្បូន (ហេបស្យែ) ការថតឆ្លុះមើលសុដន់	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ សេវាថែទាំបង្ការសម្រាប់ស្ត្រី (រួមទាំងថ្នាំពន្យារកំណើត និងឧបករណ៍ពន្យារកំណើត និងការត្រៀម) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុង។	ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត សេវាថែទាំបង្ការសម្រាប់ស្ត្រី (រួមទាំងថ្នាំពន្យារកំណើត និងឧបករណ៍ពន្យារកំណើត និងការត្រៀម) ស្ថិតក្រោមការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយលើការថែទាំបង្ការដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកម្រិតអតិបរមាអត្ថប្រយោជន៍។ ការថតឆ្លុះមើលសុដន់ជាប្រចាំ៖ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ ការទៅពិនិត្យស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ គឺជាចំនួនសរុបនៃការទៅព្យាបាលរួមគ្នាក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ 60 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សេវាដែលមានការវិនិច្ឆ័យសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគ្មានដែនកំណត់។ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ការជួបពិគ្រោះ 60 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សេវាដែលមានការវិនិច្ឆ័យសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគ្មានដែនកំណត់។ គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការថែទាំបឋម/ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 សម្រាប់ឯកទេស	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ដែនកំណត់ថ្លៃដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ដែនកំណត់ជួបពិគ្រោះដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
កន្លែងថែទាំមានជំនាញ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញរហូតដល់ 60 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន	ដែនកំណត់ថ្លៃដែលបានរួមចំណែកជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការសម្លាប់មេរោគដោយសារជាតិអាល់កុល (ការកាត់បំពង់បង្ហូរទឹកនោម ការភ្ជាប់បំពង់)	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត នីតិវិធីរក្សាការពារកុំឱ្យមានកូនរបស់ស្ត្រីត្រូវរ៉ាប់រងក្រោមការចំណាយថ្លៃចំណាយលើការថែទាំបង្ការដែលពាក់ព័ន្ធ និងកម្រិតអតិបរមានៃអត្ថប្រយោជន៍។
សន្លាក់ Temporomandibular សេវាកម្ម (TMJ)	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការប្រើក្បាអំពីការឈប់ដក់ថ្នាំជក់	កម្មវិធី Quit for Life Program - ធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុង	ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយត្រូវបានអនុវត្ត
ការថែទាំភ្នែកជាប្រចាំ (ការជួបពិគ្រោះ 1 ដងរៀងរាល់ 12 ខែ)	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ឧបករណ៍អូបទិកកញ្ចក់លែន រួមទាំងកញ្ចក់ពាក់កែវភ្នែក និងស៊ុប	សមាជិកអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ៖ ស៊ុប និងកញ្ចក់លែន 1 គូក្នុងមួយឆ្នាំ ឬកញ្ចក់ពាក់កែវភ្នែកធានារ៉ាប់រងដោយមានសហធានារ៉ាប់រង 50% សមាជិកដែលមានអាយុចាប់ពី 19 ឆ្នាំឡើងទៅ៖ \$600 ក្នុងពេល 12 ខែម្តង	រួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ

នេះជាការសង្ខេបខ្លីអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់ជាការប្រៀបធៀបតែប៉ុណ្ណោះ ហើយវាមិនមែនជាកិច្ចសន្យាទេ។ ក្រោយពេលចុះឈ្មោះចូលគម្រោងរួច អ្នកនឹងមានសិទ្ធិចូលមើលកូនសៀវភៅអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ដែលប្រាប់អ្នកអំពីព័ត៌មានលម្អិតនៃគម្រោង Delta Dental PPO របស់អ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន Delta Dental តាមរយៈលេខ **1-800-554-1907** ឬចូលទៅកាន់ **DeltaDentalWA.com** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍៖
1/1/2025-12/31/2025

អតិបរមារយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍*
(ក្នុងមនុស្សម្នាក់ មិនអនុវត្តចំពោះថ្នាក់ I)៖
\$5,000

**ការព្យាបាលបញ្ហាធ្មេញនិងថ្នាំម- មនុស្ស
ពេញវ័យ និងកុមារ៖ 50% ដែល
មានកម្រិតកំណត់ធានារ៉ាប់រង
\$5,000 ក្នុងមនុស្សម្នាក់**

*ការថែទាំធ្មេញដែលបានទទួលនៅទន្លេពេទ្យ PDA នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងពេញលេញរហូតដល់កម្រិតអតិបរមា \$2,000 ដោយមានការលើកលែងសហធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងថ្នាក់ទី III - សេវាសំខាន់ៗ។

បណ្តាញ Delta Dental

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកកាន់តែច្រើនបំផុតជាមួយបណ្តាញ Delta Dental PPO។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់បណ្តាញ Delta Dental Premier® ដែលជួយអ្នកពង្រីកជម្រើសរបស់អ្នកផងដែរ។

**ទទួលបាន
ប្រាសដុសធ្មេញ
Sonicare
ឥតគិតថ្លៃ**



សមាជិក Delta Dental ដែលទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវា Pacific Dental Alliance (PDA) ជាអ្នកជំងឺអាចទទួលបានប្រាសដុសធ្មេញ Sonicare ដោយឥតគិតថ្លៃ។

មើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា PDA
ពេញលេញ៖ myseiu.be/oe-pda.

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	ក្រៅបណ្តាញ
ប្រាក់បង់មុនក្នុងរយៈពេលទទួលអត្ថប្រយោជន៍			
មិនអនុវត្តចំពោះថ្នាក់ I និងការកែតម្រូវធ្មេញក្រៅបណ្តាញ (\$50 ក្នុងមនុស្សម្នាក់)	\$0	\$50	\$50
ថ្នាក់ទី I - រោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការ			
ការពិនិត្យ ការសម្អាត ផ្លូវអង្គាម ការថតកាំរស្មីអ៊ិចប៊ិះភ្លិត	100%	80%	80%
ថ្នាក់ទី II - ស្តារឡើងវិញ			
ការស្តារឡើងវិញ ការប៉ះកុំប៉ូស៊ីតលើធ្មេញផ្នែកខាងក្រោយបណ្តាលធ្មេញ (ប្រហោងក្នុងធ្មេញ) បរិមណ្ឌលទន្ធសាស្ត្រ ការវះកាត់ក្នុងមាត់	100%	60%	60%
ថ្នាក់ទី III - ទ្រង់ទ្រាយធំ			
ក្រាស់ធ្មេញពាក់ ក្រាស់ធ្មេញពាក់មួយផ្នែក ដាំបង្គោលធ្មេញ អបធ្មេញ ស្រោបធ្មេញ	80%	40%	40%

លក្ខណៈពិសេស			
ចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅតិចបំផុត	○		
ដាក់ពាក្យប្តឹងទាមទារជំនួសឱ្យអ្នក	○	○	
ការគ្រប់គ្រងគុណភាព និងការការពារការចំណាយ	○	○	

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ៖ អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមនឹងផ្តល់ការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការ។ ក្រុមហ៊ុននឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមសម្រាប់ការព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ។ អ្នកចុះឈ្មោះអាចជួបព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះរស់នៅឆ្ងាយជាង 50 ម៉ាយពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមណាមួយ។



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



**Willamette
Dental**

**ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីគម្រោង
សុខភាពធ្មេញ**
កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន 8/1/2025

ធានាដោយ Willamette Dental of Washington, Inc. ផែនការនេះផ្តល់នូវការធានារ៉ាប់រងយ៉ាងទូលំទូលាយ។ បញ្ជីខាងក្រោមផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់នីតិវិធីទូទៅមួយចំនួនដែលមាននៅក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-855-433-6825** ឬចូលទៅកាន់ **myseiu.be/oe-willamette** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ សម្រាប់បញ្ជីដាក់កម្រិតកំណត់ និងបញ្ជីលើកលែង សូមចូលទៅកាន់ **myseiu.be/willamette-exclusions**។

អត្ថប្រយោជន៍	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន
អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ	គ្មានអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ*
ប្រាក់បង់មុន	គ្មានប្រាក់បង់មុន
ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យកែតម្រូវធ្មេញ និងទូទៅ	គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះមួយលើក
សេវាធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការ	
ការពិនិត្យជាប្រចាំ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាតធ្មេញ ការព្យាបាលដោយហ្វូយអ៊ុរត ការប៉ះក្លិត (ក្នុងមួយធ្មេញ) ការពិនិត្យមហារីកក្បាល និងក ការណែនាំអំពីអនាម័យមាត់ធ្មេញ ការធ្វើតារាងចន្លោះធ្មេញ ការវាយតម្លៃចន្លោះធ្មេញ	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ទន្ធសាស្ត្រប៉ះបិទ	
ការប៉ះធ្មេញ (Amalgam)	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ប៊ីស៊ីឡែន-ធ្មេញស្រោបដែក	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$250
ទន្ធសាស្ត្រដាក់ធ្មេញសិប្បនិម្មិត	
ធ្មេញស្អិតខាងលើ ឬខាងក្រោមពេញ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$400
ការដាក់ធ្មេញស្ពាន (ក្នុងមួយធ្មេញ)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$250
ផ្នែកបណ្តាលធ្មេញ និងអញ្ចាញធ្មេញ	
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - ផ្នែកខាងមុខ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$85
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - Bicuspid	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$105
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - Molar	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$130
ការវះកាត់អញ្ចាញ (ក្នុងមួយប្អូនជ្រុង)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$150
ការដាំប្អូនធ្មេញ (ក្នុងមួយប្អូនជ្រុង)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$75
ការវះកាត់ក្នុងមាត់	
ការដកធ្មេញជាប្រចាំ (ធ្មេញតែមួយ)	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ការដកដោយវះកាត់	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100
ការព្យាបាលពត៌តម្រង់ធ្មេញ	
ការព្យាបាលពត៌តម្រង់ធ្មេញជាមុន	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$150**
ការព្យាបាលធ្មេញទូលំទូលាយ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$1,500
ការដាំបង្គោលធ្មេញ	
ការវះកាត់ដាំបង្គោលធ្មេញ	កម្រិតកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃការដាំបង្គោលចំនួន \$1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
ផ្សេងៗ	
ការប្រើថ្នាំស្លឹកលើកន្លែងដាក់លាក់	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
តម្លៃមន្ទីរពិសោធន៍ធ្មេញ	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
Nitrous Oxide	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$40
ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យឯកទេស	អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់រួម \$30 ក្នុងមួយលើក
ការទូទាត់សំណងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រៅតំបន់	អ្នកបង់ថ្លៃលើសពី \$250

* TMJ មានចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំចំនួន \$1000 / កម្រិតកំណត់ធានារ៉ាប់រង \$5000 **ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការព្យាបាលដោយពត៌តម្រង់ធ្មេញទូលំទូលាយ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺទទួលបានការគ្រោងព្យាបាល។ **ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ៖** អ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាននឹងផ្តល់ការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការ។ ក្រុមហ៊ុននឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានសម្រាប់ការព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ។ អ្នកចុះឈ្មោះអាចជួបព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះរស់នៅឆ្ងាយជាង 50 ម៉ាយពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន។



**SEIU 775
BENEFITS GROUP**



ព័ត៌មានសង្ខេបអំពី

គម្រោង Progyny

កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន 8/1/2025

ឯកសារនៃសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រង (SBC) នឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាព។ SBC បង្ហាញអ្នកពីរបៀបដែលអ្នក និងផែនការនឹងចូលរួមចំណែកក្នុងការចំណាយសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ នេះគ្រាន់តែជាការសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងគ្រូបង្វឹកផ្នែកមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាលនៃ Progyny ឯកទេស ឬមជ្ឈមណ្ឌល Progyny Patient Care Advocate (PCA) របស់អ្នកតាមរយៈលេខ (833) 233-0517។

សំណួរសំខាន់ៗ	ចម្លើយ	ហេតុអ្វីបានជាវាមានសារៈសំខាន់៖
តើប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនសរុបមានចំនួនប៉ុន្មាន?	លក្ខណៈបុគ្គល \$0 / គ្រួសារ \$0	មិនមានប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនជាមួយគម្រោង Progyny របស់អ្នកទេ។
តើខ្ញុំមានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនដែរឬទេ?	ទេ	មិនមានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនជាមួយគម្រោងសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាលនៃ Progyny របស់អ្នកទេ។
តើខ្ញុំមានសហធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ?	ទេ	មិនមានសហធានារ៉ាប់រងជាមួយគម្រោងសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាលនៃ Progyny របស់អ្នកទេ។
តើមានសេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងមុនពេលអ្នកបំពេញប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនរបស់អ្នកដែរឬទេ?	ទេ	អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់ហោប៉ៅសម្រាប់សេវាកម្មមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាល Progyny របស់អ្នកទេ។ សេវាកម្មទាំងអស់ដែលផ្តល់នៅក្រោមគម្រោងគឺជាសេវាថែទាំបង្ការ និងមិនស្ថិតក្រោមការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនោះទេ។
តើមានប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់ដែរឬទេ?	ទេ	មិនមានប្រាក់បង់មុនដែលត្រូវបានទាមទារសម្រាប់គម្រោង HRA នៃការមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាលនៃ Progyny។ សេវាកម្មទាំងអស់ដែលផ្តល់នៅក្រោមគម្រោងគឺជាសេវាថែទាំបង្ការ និងមិនស្ថិតក្រោមការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនោះទេ។
តើដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ផែនការនេះមានចំនួនប៉ុន្មាន?	លក្ខណៈបុគ្គល \$0 / គ្រួសារ \$0	មិនមានដែនកំណត់ចេញពីហោប៉ៅជាមួយគម្រោង Progyny របស់អ្នកទេ។
តើអ្នកនឹងចំណាយកាន់តែតិចឬ ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ?	មិនអាចអនុវត្តបាន។	គ្រូបង្វឹក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាលរបស់ Progyny ត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងនេះ។ មិនមានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រូបង្វឹកដែលមិនមែន Progyny ទេ។

សេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូល និងសេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

ការមិនរាប់បញ្ចូលរួមមានឧបករណ៍ព្យាករណ៍ការបញ្ចេញពងអូវុលប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ សេវាកម្ម និងបរិក្ខារដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនិងការព្យាបាលដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការពិសោធន៍ដោយ American Society of Reproductive Medicine (សមាគមឱសថបន្តពូជរបស់អាមេរិក)។ ការគិតថ្លៃទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកពោះពោះជំនួស រួមមានជាអាទិ៍ ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជួបបញ្ហាជាមួយសេវាកម្មដែលមិនមាននៅក្នុងមគ្គុទេសក៍នេះ សូមពិគ្រោះជាមួយ PCA របស់អ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង។ មានសេវាកម្មមួយចំនួនដែលមិនស្ថិតនៅក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Progyny។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយពួកគេអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបន្តការធានារ៉ាប់រង៖

មានទីភ្នាក់ងារដែលអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីបញ្ចប់។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ទីភ្នាក់ងារទាំងនោះគឺ៖ Healthcare.gov ឬ www.HealthCare.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-318-2596 ឬទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ ឬ SHOP។ ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតអាចមានផ្តល់ជូនអ្នកផងដែរ រួមទាំងការទិញការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គលតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីទីផ្សារ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.HealthCare.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-318- 2596។

សិទ្ធិបណ្តឹងសារទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

មានទីភ្នាក់ងារដែលអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងប្រឆាំងនឹងផែនការរបស់អ្នកសម្រាប់ការបដិសេធការទាមទារសំណង។ បណ្តឹងនេះត្រូវបានគេហៅថា បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក សូមមើលការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងទទួលបានសម្រាប់ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។ ឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកក៏ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសារទុក្ខសម្រាប់ហេតុផលណាមួយចំពោះគម្រោងរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ការជូនដំណឹងនេះ ឬជំនួយ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.dol.gov/ebsa/healthreform និង <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants> ។

តើផែនការនេះផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា

(Minimum Essential Coverage) ដែរឬទេ? មិនអាចអនុវត្តបាន។

ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា (Minimum Essential Coverage) ជាទូទៅរួមបញ្ចូលនូវផែនការ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានតាមរយៈទីផ្សារ ឬគោលនយោបាយទីផ្សារនីមួយៗផ្សេងទៀត Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE និងការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទមួយចំនួននៃការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា (Minimum Essential Coverage) អ្នកប្រហែលជាមិនមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធបុព្វលាភនោះទេ។

តើផែនការនេះបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមាទេ? មិនអាចអនុវត្តបាន។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមស្តង់ដារតម្លៃអប្បបរមា អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធបុព្វលាភដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការទូទាត់សម្រាប់គម្រោងតាមរយៈទីផ្សារ។



KAISER
PERMANENTE®

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឆ្នាំ 2025-2026

សេចក្តីសង្ខេបនៃ អត្ថប្រយោជន៍ និង ការធានារ៉ាប់រង

ការពន្យល់លម្អិតអំពីផែនការ និងឧទាហរណ៍របស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យ
យល់អំពីការចំណាយដែលអ្នកអាចនឹងចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មផ្សេងៗ។



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, www.kp.org/plandocuments or call 1-888-901-4636 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible ?	In-network: \$0 Out-of-network provider : \$500 Individual / \$1,000 Family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible .
Are there services covered before you meet your deductible ?	Yes. Preventive care and services indicated in chart starting on page 2.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	In-Network provider : \$1,200 Individual / \$2,400 Family Shared in and out-of-network	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , balance-billing charges, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-888-901-4636 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Specialist visit	\$15 / visit	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Preventive care/screening/immunization	No charge	20% coinsurance , deductible does not apply.	You may have to pay for services that aren't preventive . Ask your provider if the services needed are preventive . Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No charge	20% coinsurance	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Value based drugs	\$4 (retail);	\$13 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Preferred generic drugs	\$8 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription		
	Preferred brand drugs	\$25 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$30 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail); \$5 discount from retail cost share (mail order) / prescription	\$55 (retail), deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines. Contraceptive drugs and devices are not covered.
	Specialty drugs	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Applicable Preferred generic, Preferred brand, or Non-Preferred cost shares apply.	Up to a 30-day supply (retail). Subject to formulary guidelines, when approved through the exception process.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$50 / visit	\$50 / visit, then 20% coinsurance	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$200 / visit	\$200 / visit, then No charge, deductible does not apply.	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours if admitted to a out-of-network provider ; limited to initial emergency only. Copayment waived if admitted directly to the hospital as an inpatient.
	Emergency medical transportation	20% coinsurance .	20% coinsurance , deductible does not apply.	None
	Urgent care	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	None
	Inpatient services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Preauthorization required
If you are pregnant	Office visits	No charge	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
	Childbirth/delivery facility services	\$100 / day up to \$500 / admission	\$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	You must notify Kaiser Permanente within 24 hours of admission, or as soon thereafter as medically possible. Newborn services cost shares are separate from that of the mother.
If you need help recovering or have other special health	Home health care	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
	Rehabilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance	Combined with Habilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		In-network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
needs		to \$500 / admission	Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Habilitation services	Outpatient: No charge Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	Outpatient: \$15 / visit, then 20% coinsurance Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Combined with Rehabilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Skilled nursing care	No charge	20% coinsurance	60-day limit / year. Limits are combined with in and out-of-network provider networks . Preauthorization required
	Durable medical equipment	No charge	50% coinsurance	Subject to formulary guidelines. Preauthorization required
	Hospice services	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge for refractive exam, deductible does not apply.	\$15 / visit, then 20% coinsurance	Limited to 1 exam / 12 months
	Children's glasses	No charge	Shared with In- Network	Members age 19 and over limited to \$600 / 12 months; Members under age 19 limited to 1 pair of frames and lenses / year or contact lenses covered at 50% coinsurance
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services .)		
• Cosmetic surgery • Dental care (Adult and child) • Hearing aids	• Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S.	• Private-duty nursing • Routine foot care • Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (20 visit limit / year) • Bariatric surgery	• Children's glasses • Chiropractic care (20 visit limit / year)	• Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health](#)

[Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318- 2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-888-901-4636 (TTY: 711) or www.kp.org
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov .
Washington Department of Insurance	1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov

Does this [plan](#) provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this [plan](#) meet the Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-888-901-4636 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-888-901-4636 (TTY: 711).

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$100
Coinsurance	\$0

What isn't covered

Limits or exclusions	\$20
----------------------	------

The total Peg would pay is	\$120
-----------------------------------	--------------

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (blood work) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$600
Coinsurance	\$0

What isn't covered

Limits or exclusions	\$0
----------------------	-----

The total Joe would pay is	\$600
-----------------------------------	--------------

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$15
■ Hospital (facility) copayment	\$100
■ Other (x-ray) copayment	\$0

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$200
Coinsurance	\$200

What isn't covered

Limits or exclusions	\$0
----------------------	-----

The total Mia would pay is	\$400
-----------------------------------	--------------

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: **08/01/2025 – 07/31/2026**

Coverage for: **SEIU Healthcare NW Health Benefit Trust - Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum Health Reimbursement Arrangement**

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. This is only a summary. For more information about your coverage, please contact your dedicated Progyny Pregnancy & Postpartum coach or your Progyny Fertility Patient Care Advocate (PCA) at (833) 233-0517.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Individual \$0 Family \$0	There is no deductible with your Progyny plans.
Do I have a copayment?	No.	There is no copayment with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Do I have coinsurance	No.	There is no coinsurance with your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum plans.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will not pay an out-of-pocket for your Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum services. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
Are there other deductibles for specific services?	No.	There is no deductible required for the Progyny Fertility and Pregnancy & Postpartum HRA plans. All services provided under the plan are preventive care services and not subject to cost share.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Individual \$0 / Family \$0	There is no out-of-pocket limit with your Progyny plans.
Will you pay less if you use a network provider?	Not applicable.	Progyny's Fertility and Pregnancy & Postpartum coaches and care providers are all included in this plan. There are no benefits available for non-Progyny coaches.

Excluded Services & Other Covered Services:

Exclusions include home ovulation prediction kits, services and supplies furnished by an out-of-network provider, and treatments considered experimental by the American Society of Reproductive Medicine. All charges associated with services for a gestational carrier, including but not limited to fees for laboratory tests, are not covered. If your doctor requests services that are not listed in this guide, please check with your PCA to confirm coverage. There are some services that do not fall under Progyny's coverage; however, they may be provided through your medical plan.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Healthcare.gov: www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596 or state health insurance marketplace or SHOP. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318- 2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, go to www.dol.gov/ebsa/healthreform and <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants>.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Not Applicable.

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Not Applicable.

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

ធនធានគម្រោង

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពសេវាអតិថិជន

MAGNACARE™

ទូរសព្ទ	1-877-606-6705 (ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ)
អ៊ីមែល	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com
គណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព	myseiu.be/magnacare

Kaiser Permanente of Washington



សេវាបម្រើសមាជិកថ្មី	1-888-844-4607	myseiu.be/kp-new-member
សេវាបម្រើសមាជិក	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-member
សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	1-888-287-2680	myseiu.be/kaiser-bh
ខ្សែទូរសព្ទជំនួយគិលានុបដ្ឋាក	1-800-297-6877	myseiu.be/kp-nurse
ជំនួយភាសាសម្រាប់សមាជិក	1-888-901-4636	myseiu.be/kp-language

សុខភាពធ្មេញ

Delta Dental	1-800-554-1907	deltadentalwa.com
Willamette Dental	1-855-433-6825	myseiu.be/oe-willamette

អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត

EPIC Hearing	1-877-363-5638	myseiu.be/epic
Progyny (ការមានកូន និងការកសាងគ្រួសារ)	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny

ទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នក

ហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-877-606-6705 ឬអ៊ីមែលទៅកាន់ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com។ អ្នកនឹងត្រូវបានភ្ជាប់ជាមួយអ្នកតំណាងដែលនិយាយភាសារបស់អ្នក ហើយអាចជួយឆ្លើយសំណួរអំពីការដាក់ពាក្យសុំ និងគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

នៅពេលដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានតាមរយៈគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។