



Sonja T.
អ្នកថែទាំ, Renton

2026-2027

សៀវភៅណែនាំ អំពីការធានារ៉ាប់រង

សុខភាព

ស្វែងយល់ពីជម្រើស និងជំហានបន្ទាប់របស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យ។

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。

ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភាសារបស់អ្នក។

한국어로 된 의료 보험 정보를 확인하십시오.

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.

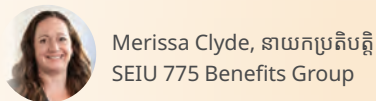
myseiu.be/hc

អ្នកថែទាំបង្ហាញខ្លួនជារៀងរាល់ថ្ងៃដើម្បីមើលថែអ្នកដទៃ ហើយអ្នកក៏ស៊ីក្តីសមនឹងទទួលបានការថែទាំ និងការគាំទ្រផងដែរ។

គោលដៅរបស់យើង គឺផ្តល់ភាពកាន់តែងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណភាពខ្ពស់ និងមានតម្លៃសមរម្យ ដូច្នេះអ្នកអាចផ្តោតលើសុខភាពរបស់អ្នក ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក និងការងារសំខាន់ៗដែលអ្នកធ្វើ។

សៀវភៅណែនាំនេះនឹងណែនាំអ្នកអំពីជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងជំហានដែលត្រូវអនុវត្ត។ យើងមានមោទនភាពក្នុងការគាំទ្រអ្នក និងការថែទាំសំខាន់ៗដែលអ្នកផ្តល់ជូន។

បន្ទាប់ពីពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមចំណាយពេលស្វែងយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកថែទាំ។ ចាប់ពីឱកាសទទួលបានបណ្តុះបណ្តាល និងអត្ថប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍រហូតដល់ស្បែកជើងដែលធន់នឹងការអិលដោយឥតគិតថ្លៃ និងការផ្តល់ការងារតាមរយៈ Carina ដែលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីគាំទ្រអ្នក។ ចូលទៅកាន់ myseiu.be/bg ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។



Merissa Clyde, នាយកប្រតិបត្តិ SEIU 775 Benefits Group

សៀវភៅណែនាំជាជំហានៗ ដើម្បីដាក់ពាក្យ សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង

1) ស្វែងយល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

- ស្វែងយល់ពីជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតនៃផែនការរបស់អ្នក ដើម្បីយល់ពីការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ការព្យាបាល និងសេវាកម្មទូទៅ។
- សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅទំព័រទី 5 ដើម្បីដឹងថាតើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ដែរឬអត់។
- ជ្រើសរើសជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រង និងគម្រោងសុខភាពធូញ។

2) រៀបចំដាក់ពាក្យសុំ

- ប្រមូលព័ត៌មានរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវការលេខរបបសន្តិសុខសង្គម និងឈ្មោះនិយោជករបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យ។
- Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖ ប្រមូលឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។ ស្វែងយល់បន្ថែម និងស្វែងរកការណែនាំនៅ myseiu.be/cfk។

3) បង្កើតគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព

- ស្វែងយល់ពីរបៀបបង្កើតគណនីនៅ myseiu.be/hba។ គណនីរបស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ MagnaCare ដែលជាអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។ បច្ចុប្បន្នគណនីមានជាភាសាអង់គ្លេស។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

4) ដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក

- សូមបំពេញពាក្យសុំមុនថ្ងៃផុតកំណត់តាមរយៈ myseiu.be/magnacare ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅទំព័រ 5។
- Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖ ដាក់បញ្ជូនឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុក នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យ។ ស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឯកសាររបស់អ្នកនៅ myseiu.be/cfk។

អ្នកនឹងទទួលបានបង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ និងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។



បន្ទាប់ពីកូនទីពីរបស់គាត់
Dani បានចុះឈ្មោះកូនទាំងពីរ
នៅក្នុង Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
ដោយសរសើរ "អត្រាដ៏អស្ចារ្យ"
ដែលជួយគ្រួសាររបស់គាត់ឱ្យ
អាចសន្សំសំចៃបានប្រចាំខែ។

Dani R.
អ្នកថែទាំ, Asotin

ជម្រើស ធានារ៉ាប់រងថែទាំ សុខភាព

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

ជម្រើសទី 1



ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល
វេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ

\$25/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នកដោយ
ចំណាយត្រឹមតែ \$25 ក្នុងមួយខែ។

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល
អ្នកបង់សម្រាប់ខែនីមួយៗសម្រាប់ធានារ៉ាប់រង
សុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលទំព័រ 6 សម្រាប់
ព័ត៌មានលម្អិត។

សិទ្ធិទទួលបាន

ធ្វើការ 80 ម៉ោងឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ។

ជម្រើសទី 2



ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល
+ Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
វេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញ

\$125/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនទាំងពីរ
របស់អ្នកដោយចំណាយត្រឹមតែ \$125
ក្នុងមួយខែ។

វាមានតម្លៃដូចគ្នា មិនថាអ្នកបន្ថែមកូនប៉ុន្មាននោះទេ!

អ្នកអាចបន្ថែមកូនក្នុងបន្ទុកដែលគ្រប់លក្ខខណ្ឌរហូតដល់ថ្ងៃកំណើតអាយុ 26 ឆ្នាំរបស់ពួកគេ រួមទាំង
កូនបង្កើត កូនចិញ្ចឹម កូនចុង និងកូនរបស់ដៃគូស្និទ្ធស្នាលរួមរស់ជាមួយគ្នា។

សិទ្ធិទទួលបាន

ធ្វើការ 120 ម៉ោងឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ។

ជម្រើសទី 3



ការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល
+ Coverage for Kids
(ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)
ធ្មេញតែប៉ុណ្ណោះ

\$35/ខែ

សហបុព្វលាភប្រចាំខែ

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
និងធ្មេញសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនទាំងពីរ
ការធានារ៉ាប់រងធ្មេញសម្រាប់កូនៗរបស់
អ្នក ដោយចំណាយត្រឹមតែ \$35 ក្នុង
មួយខែ។

សិទ្ធិទទួលបាន

ធ្វើការ 120 ម៉ោងឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ។

អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង

ការជួបពិនិត្យថែទាំបឋមដោយឥតគិតថ្លៃ

មិនគិតថ្លៃក្នុងការទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមរបស់អ្នកសម្រាប់ការទៅពិនិត្យសុខភាព ឬនៅពេលអ្នកឈឺនោះទេ។ ជម្រើសថែទាំតាមអ៊ីនធឺណិតក៏មានផងដែរ ដូច្នេះអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីផ្ទះបាន។ ការធ្វើតេស្ត ឬសេវាកម្មបន្ថែមអាចមានការគិតតម្លៃ។

ការថែទាំបន្ទាន់ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់

គម្រោងរបស់អ្នករ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ និងការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការថែទាំបន្ទាន់គឺជាជម្រើសងាយស្រួលសម្រាប់បញ្ហាមិនមែនបន្ទាន់នៅពេលដែលគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកមិនអាចផ្តល់សេវាបាន។ ការថែទាំបន្ទាន់គឺសម្រាប់ស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត។

វេជ្ជបញ្ជា

អ្នកអាចទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើនប្រភេទ រួមទាំងជម្រើសបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដីងាយស្រួលដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។

សុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករួមមានការគាំទ្រសុខភាពផ្លូវចិត្តពីអ្នកជំនាញ ការគ្រប់គ្រងថ្នាំ ការព្យាបាលជាគ្រូម ការថែទាំជំនួស និងការចូលប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ និងកម្មវិធីថែទាំដោយខ្លួនឯង។

ការបណ្តុះបណ្តាលសុខភាព និងកម្មវិធីនានា

ទទួលបានការគាំទ្រផ្ទាល់ខ្លួន ដើម្បីគ្រប់គ្រងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងធ្វើឱ្យសុខភាពទូទៅរបស់អ្នកប្រសើរឡើង។ ផែនការរបស់អ្នករួមមានការបង្វឹកសុខុមាលភាព ការណែនាំដោយក្រុមថែទាំ និងឧបករណ៍នានាដើម្បីជួយអ្នកតាមដានវឌ្ឍនភាពរបស់អ្នក។

ម៉ាស្សា និងការចាប់សរសៃ

មានជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការម៉ាស្សា ការថែទាំដោយការចាប់សរសៃ ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងកម្មវិធីសុខុមាលភាពតាមអ៊ីនធឺណិត។

ភ្នែក

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពភ្នែកតាមរយៈ VSP រួមមានការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់វ៉ែនតា ឬលែនភ្នែក និងការទទួលបានបណ្តាញនៃគ្រូពេទ្យភ្នែកដ៏ធំ។

ត្រចៀក

តាមរយៈ EPIC Hearing អ្នក និងកូនៗរបស់អ្នកអាចទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពការស្តាប់ និងការគាំទ្រសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ការកសាងគ្រួសារ ការបន្តពូជ និងការថែទាំពាក់កណ្តាលជីវិត

តាមរយៈ Prognyn អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គ្រប់ដំណាក់កាលនៃជីវិត ចាប់ពីការបង្កកំណើត និងការកសាងគ្រួសាររហូតដល់មានផ្ទៃពោះ ក្រោយសម្រាល និងអស់រដូវ។ ទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលចុងក្រោយបំផុត ជំនួសគាំទ្រផ្ទាល់ខ្លួន និងការថែទាំតាមអ៊ីនធឺណិត។

សូមមើលព័ត៌មានលម្អិតនៃគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ជីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

វាផ្តល់នូវការវិភាគពេញលេញនៃផែនការវេជ្ជសាស្ត្រ និងធ្មេញរបស់អ្នក រួមទាំងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន និងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ការទៅជួបពិនិត្យ និងការព្យាបាល។

Deborah ត្រូវការការវះកាត់បេះដូងចំហដែលនឹងត្រូវចំណាយប្រាក់រាប់សែនដុល្លារដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយមិនសូវមានក្តីបារម្ភអំពីចំណាយ គាត់និយាយថា "ខ្ញុំអាចផ្តោតមកលើខ្លួនឯង និងការជាសះស្បើយរបស់ខ្ញុំ"។

Deborah M.
អ្នកថែទាំ, Vancouver





Melissa E.
អ្នកថែទាំ, Seattle

ជម្រើស គម្រោង សុខភាពធ្មេញ

សុខភាពធ្មេញត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមប្រើប្រាស់តារាងដើម្បីប្រៀបធៀបគម្រោង ហើយជ្រើសរើសគម្រោងដែលសមនឹងអ្នក។

	 DELTA DENTAL®	 Willamette Dental
អត្ថប្រយោជន៍ អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ	\$5,000	គ្មាន
ប្រាក់បង់មុន	\$0	\$0
ការពិនិត្យតាមទម្លាប់	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ
អត្ថប្រយោជន៍នៃការតម្រង់ធ្មេញ	បាទ/ចាស	បាទ/ចាស
បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល	Delta Dental មានបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាទូលំទូលាយ រួមទាំងនៅតំបន់ជនបទផងដែរ។ អ្នកនឹងចង់ស្វែងរក ទន្តពេទ្យ Delta Dental ដើម្បីបង្កើនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។	Willamette Dental មានទីតាំងជាច្រើននៅ Washington ភាគខាងលិច ដែលងាយស្រួលស្វែងរកទន្តពេទ្យ Willamette នៅតាមបណ្តោយផ្លូវហាយវេ I-5។
ស្វែងរកពេទ្យធ្មេញនៅជិតអ្នក	deltadentalwa.com/fad/search ជ្រើសរើស "Delta Dental PPO" ដើម្បីច្រោះលទ្ធផលស្វែងរករបស់អ្នក។	locations.willamettedental.com បញ្ចូលលេខកូដតំបន់របស់អ្នកទៅក្នុងការស្វែងរក។
ព័ត៌មានបន្ថែម	1-800-554-1907 DeltaDentalWA.com	1-855-433-6825 myseiu.be/willamette

សំណួរគេសួរញឹកញាប់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គលដោយរបៀបណា?

អ្នកត្រូវតែធ្វើការឱ្យបាន 80 ម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួល ឬច្រើនជាងនេះក្នុងមួយខែ រយៈពេល 2 ខែជាប់គ្នា ដើម្បីក្លាយជាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល។

តើខ្ញុំដាក់ពាក្យដោយរបៀបណា?

ដាក់ពាក្យតាមអនឡាញនៅ myseiu.be/magnacare។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព អ្នកអាចធ្វើសំបុត្រ ឬទូរស័ព្ទ ពាក្យដែលបំពេញរួចទៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរស័ព្ទដែលមាននៅលើពាក្យសុំ។ តម្រូវឱ្យមានការបង់ថ្លៃប្រៃសណីយ៍នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។

អ្នកនឹងទទួលបានបង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ និងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមសំបុត្រ ឬតាមអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ បើមិនដូច្នោះទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

តើខ្ញុំអាចដាក់ពាក្យបាននៅពេលណា?

មាន 3 ដងដែលអ្នកអាចស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងបាន៖

1. **សិទ្ធិទទួលបាន ដំបូង៖** ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទនៅលើឯកសារចុះឈ្មោះដែលមានសិទ្ធិរបស់អ្នក។ សិទ្ធិទទួលបានដំបូងគឺនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិជាលើកដំបូង។
2. **Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ)៖** ថ្ងៃទី 1-20 ខែកក្កដាជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបន្តជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ មិនចាំបាច់ធ្វើសកម្មភាពអ្វីទេប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។
3. **Qualifying Life Event (QLE)(ការប្រែប្រួលក្នុងជីវិតដ៏សំខាន់ណាមួយកើតឡើង)៖** ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃ QLE ដែលផ្លាស់ប្តូរតម្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃ QLE រួមមានការស្តីកូនចិញ្ចឹម ការបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការលែងលះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ myseiu.be/qle។

មិនទាន់មានសិទ្ធិនៅឡើយមែនទេ? អ្នកនៅតែអាចដាក់ពាក្យសុំបានក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ)។

ដាក់ពាក្យសុំ* ដើម្បីចាប់ផ្តើមការធានារ៉ាប់រងលក្ខណៈបុគ្គល នៅពេលអ្នកធ្វើការលើសពី 80+ ម៉ោងក្នុងមួយខែ។ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) នឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលអ្នកធ្វើការបានចំនួន 120+ ម៉ោងក្នុងមួយខែ។

*ប្រសិនបើចូលរួមអ្នកធ្វើការមិនបានដល់ 80+ ម៉ោងក្នុងមួយខែទេ អ្នកមិនអាចបំពេញពាក្យសុំតាមអនឡាញបានទេ។ សូមស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទពាក្យសុំតាមរយៈ SEIU775BG-caregiver@magnacare.com។

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។

ពួកគេត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដូចគ្នានឹងអ្នកដែរ ហើយ អាចចុះឈ្មោះបានតែក្រោមអ្នកថែទាំ 1 នាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ការធានារ៉ាប់រងអាចសម្របសម្រួលជាមួយគម្រោងខាងក្រៅបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-606-6705។

តើខ្ញុំបន្ថែម Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) ដោយរបៀបណា?

1. បំពេញផ្នែក Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ) នៃពាក្យសុំអនឡាញ ឬពាក្យសុំដែលបានបោះពុម្ព។
2. ជ្រើសរើសជម្រើសធានារ៉ាប់រង៖ វេជ្ជសាស្ត្រ និងឆ្មេញ ឬតែឆ្មេញប៉ុណ្ណោះ។
3. ដាក់ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក ជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់អ្នក ឬក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការដាក់ពាក្យ**។ ឧទាហរណ៍នៃឯកសារដែលទទួលយករួមមានច្បាប់ចម្លងសំបុត្រកំណើតដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល និងលិខិតប្រកាសពន្ធដែលរាយបញ្ជីអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកដែលអ្នកចង់បន្ថែមទៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

**ការផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកគឺចាំបាច់នៅពេលចុះឈ្មោះកូនៗជាលើកដំបូង។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ឯកសារដែលបានផ្ទៀងផ្ទាត់ពីមុនឡើយវិញទេ លុះត្រាតែមានការស្នើសុំ។

សូមចូលទៅកាន់ myseiu.be/cfk សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម៖

- របៀបដាក់ពាក្យសុំ Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)។
- អ្នកដែលអ្នកអាចបន្ថែមទៅក្នុងការធានារ៉ាប់រង។
- ការដាក់ឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់។



Sandra C. អ្នកថែទាំ, Kennewick

តើការធានារ៉ាប់រងនឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?

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

សិទ្ធិទទួលបានដំបូង និងការប្រែប្រួលក្នុងជីវិតដ៏សំខាន់ណាមួយកើតឡើង៖ ការធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានទទួល និងដំណើរការ ដែលចំណាយពេលប្រហែល 2 សប្តាហ៍។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រូវបានទទួល៖

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

Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)៖ មិនអាចចាប់ផ្តើមបានទេរហូតទាល់តែបន្ទាប់ពីការទទួលបាននិងដំណើរការការផ្ទៀងផ្ទាត់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក។

តើខ្ញុំបង់សហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំដោយរបៀបណា?

និយោជករបស់អ្នកនឹងកាត់ប្រាក់សហបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ (ចំនួនដែលអ្នកបង់ជារៀងរាល់ខែ) ពីប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើនិយោជករបស់អ្នកមិនអាចធ្វើការកាត់កងបានទេ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង និងអ៊ីមែលដែលណែនាំអ្នកឱ្យបង់សហបុព្វលាភរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបង់ប្រាក់តាមមូលប្បទានប័ត្រ ឬប្រើកាត់ណែនាំប្រយោជន៍សុខភាពអន្តរាគមន៍របស់អ្នក។

អ្នកថែទាំ CDWA៖ ការទូទាត់ប្រាក់ដំបូងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឡើងជាការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង។

តើចំនួនម៉ោងធ្វើការមានឥទ្ធិពលដល់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

នៅពេលដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រង នោះចំនួនម៉ោងដែលអ្នកធ្វើការក្នុងរយៈពេលមួយខែកំណត់ស្ថានភាពនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក 2 ខែក្រោយ។ ឧទាហរណ៍៖ ចំនួនម៉ោងនៃខែមករាកំណត់ការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងខែមីនា។

ចុះបើខ្ញុំចង់បញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង?

ដើម្បីបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬកូនរបស់អ្នក សូមដាក់ទម្រង់បែបបទ Waive Coverage (បោះបង់សិទ្ធិធានារ៉ាប់រង)។ ប្រសិនបើទទួលបានត្រឹមថ្ងៃទី 15 នោះការធានារ៉ាប់រងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់។ ប្រសិនបើទទួលបានបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 15 ការធានារ៉ាប់រងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់។

សំខាន់៖ អ្នកអាចចុះឈ្មោះឡើងវិញបានតែក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ) ឬបន្ទាប់ពីការប្រែប្រួលក្នុងជីវិតដ៏សំខាន់ណាមួយកើតឡើង។ ការលើកលែងដែលទទួលបានមុនថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដាត្រូវបានកំណត់ឡើងវិញក្នុងអំឡុងពេល Open Enrollment (ការបើកទទួលចុះឈ្មោះ)។ អ្នកត្រូវតែដាក់ទម្រង់បែបបទលើកលែងការធានារ៉ាប់រងថ្មីដើម្បីរក្សាការលើកលែងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមកនេះ អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់លិខិតលើកលែងថ្មី។

ចុះបើខ្ញុំមិនធ្វើការគ្រប់ចំនួនម៉ោង?

កម្មវិធី Grace Month (ខែអនុគ្រោះ) ផ្តល់ការបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាពបន្ថែមរយៈពេលមួយខែរហូតដល់ 2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ ដែលជួយអ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកឱ្យបន្តការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមចំនួនម៉ោងធ្វើការដែលតម្រូវ។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/gm។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង នោះព័ត៌មាន COBRA នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ។ ប្រសិនបើអ្នកឈប់ផ្តល់ការថែទាំ សូមពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Washington Apple Health ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ wahealthplanfinder.org។

ធ្វើការច្រើនម៉ោងបន្ថែមដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចំនួនម៉ោងបន្ថែមដើម្បីទទួលបានបុរក្សាការធានារ៉ាប់រង សូមសាកល្បង Carina.org ដែលជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្តល់ជូនការងារដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកជំងឺបានកាន់តែច្រើន។



Patrick M. អ្នកថែទាំ, Puyallup

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

ចំនួនម៉ោងដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលដែលអ្នកធ្វើការក្នុងខែនេះ៖

កំណត់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងខែនេះ៖

ទទួលជំនួយគាំទ្រ

ជាមួយនឹងសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព
លក្ខណសម្បត្តិ 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 និងទទួលបានការឆ្លើយតប
ក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។



យល់ដឹងពីវាក្យសព្ទធានារ៉ាប់រងទូទៅ

ស្វែងយល់ពីនិយមន័យទូទៅដើម្បីយល់កាន់តែ
ច្បាស់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

myseiu.be/hc-terms

ស្វែងយល់បន្ថែមអំពី Coverage for Kids (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់កុមារ)

រៀនពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំ និងបំពេញពាក្យសុំរបស់
អ្នក។

myseiu.be/cfk

ចូលប្រើគណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក

ស្វែងយល់ពីរបៀបបង្កើតគណនី និង
ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងតាមអ៊ីនធឺណិត។

myseiu.be/hba



Caregiver Kicks៖ ទ្រនាប់ជើងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកថែទាំ

មានជាង 90+ ម៉ូតចាប់ពីម៉ាក Reebok រហូតដល់ម៉ាក Sketchers, ទ្រនាប់ជើង Caregiver Kicks គឺជាទ្រនាប់ជើងដែលធន់នឹងការអិលដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីធ្វើឱ្យអ្នកកាន់តែមានសុវត្ថិភាព និងជាសុភាពពេលបំពេញការងារ។ អ្នកថែទាំដែលត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌអាចទទួលបានមួយគូដោយឥតគិតថ្លៃជារៀងរាល់ឆ្នាំ!

myseiu.be/kicks

2026-2027
ធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព

ព័ត៌មានលម្អិត អំពីគម្រោង



កូនសៀវភៅនេះរួមបញ្ចូលឯកសារសំខាន់ៗ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក៖

សេចក្តីសង្ខេបនៃការកែប្រែឯកសារ (SMM)៖
រាយបញ្ជីព័ត៌មានថ្មីៗ ឬការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះគម្រោងរបស់អ្នកចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026។

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។

អ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសម្រាប់គម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ Kaiser Permanente Northwest។ គម្រោងនេះមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2027។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី SBC ឬសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពតាមរយៈ៖

1-877-606-6705
ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com



សេចក្តីសង្ខេបនៃការកែប្រែ និងការកាត់បន្ថយសម្ភារៈ

ចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលផ្តល់ជូនតាមរយៈ

SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust for Consumer
Direct of Washington (CDWA) អ្នកផ្តល់សេវាជាលក្ខណៈបុគ្គល (IP)
និងអ្នកផ្តល់សេវាជាទីភ្នាក់ងារ (AP)

**សេចក្តីសង្ខេបនៃការកែប្រែសម្ភារៈ ("SMM") នេះកែប្រែព័ត៌មានមួយចំនួនដែលមាននៅក្នុងកាតិពណ៌នាគម្រោង
សង្ខេប ("SPD") សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផែនការស្នូល ("គម្រោង") ដែលពិពណ៌នាអំពីគម្រោងគិតត្រឹមថ្ងៃទី
1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026។**

ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026 តទៅ អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង
សុខភាពនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ។ AP និង IP គួរតែដឹងពីការកែប្រែអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម៖

- VSP Vision Care នឹងក្លាយជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំភ្នែកជាប្រចាំថ្មីរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ គ្រឿងបរិក្ខារ
និងកញ្ចក់ឡឺនស៍។
- ដែនកំណត់ប្រាក់ដុល្លារលើការធានារ៉ាប់រងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ EPIC ត្រូវបានដកចេញ។
- អ្នកនឹងអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលដោយអរម៉ូន ឬថ្នាំពន្យារកំណើតរហូតដល់ 12 ខែក្នុងការបំពេញមួយដង។

**សេចក្តីសង្ខេបនៃការកាត់បន្ថយសម្ភារៈ ("SMR") នេះកែប្រែព័ត៌មានមួយចំនួនដែលមាននៅក្នុងកាតិពណ៌នាគម្រោង
សង្ខេប ("SPD") សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផែនការស្នូល ("គម្រោង") ដែលពិពណ៌នាអំពីគម្រោងគិតត្រឹម
ថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026។**

ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែសីហា ឆ្នាំ 2026 តទៅ អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង
សុខភាពនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ។ AP និង IP គួរតែដឹងអំពីចំណុចខាងក្រោម៖

- SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust នឹងលែងផ្តល់សេវាកម្មតាមរយៈ Headspace ទៀតហើយ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ
1-877-606-6705 (ចន្ទ-សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច) ឬអ៊ីមែល
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com។



ព័ត៌មានសង្ខេបគម្រោង HMO ដែលត្រូវបានធានាពេញលេញ
កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព 8/1/2026

នេះគឺជាព័ត៌មានសង្ខេបខ្លីនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយ SEIU 775 Benefits Group។ នេះមិនមែនជាវិធានការណ៍ ឬវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ ការពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ រួមទាំងការថែទាំជម្រើសផ្សេងទៀត គឺសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សមាជិកនឹងត្រូវបានគិតប្រាក់តិចជាងប្រាក់រួមចំណែកចំណាយសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬគិតថ្លៃជាក់ស្តែងសម្រាប់សេវានោះ។ សម្រាប់បញ្ញត្តិស្តីពីការធានារ៉ាប់រងពេញលេញ រួមទាំងដែនកំណត់ សូមមើលវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ការធានារ៉ាប់រងក្នុងបណ្តាញ	
ចំនួនប្រាក់ក្រៅហោប៉ៅអតិបរមា	
សម្រាប់សមាជិកម្នាក់	\$1,250
សម្រាប់គ្រួសារទាំងមូល	\$2,500
ប្រាក់បង់មុន	\$0
ការទៅជួបនៅការិយាល័យ	
ការពិនិត្យរាងកាយបង្ការជាប្រចាំ	\$0
ការថែទាំបឋម	\$0
ការថែទាំពិសេស	\$15
ការថែទាំជាបន្ទាន់	\$30
តេស្ត	
តេស្តបង្ការ	\$0
មន្ទីរពិសោធន៍	\$0
ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការថតឆ្លុះរូបភាព និងនីតិវិធីរោគវិនិច្ឆ័យពិសេស	\$0
ការស្កេន CT, MRI, PET	\$50 ក្នុងមួយលើកសម្រាប់ការទៅពិនិត្យតាមផ្នែក។ សេវាមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ឱសថ (អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ)	
ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ)	\$5 ទូទៅ/ \$25 ម៉ាកដែលនិយមប្រើ/ \$50 ម៉ាកដែលមិននិយមប្រើ អាំងស៊ុយលីន៖ \$0 ទូទៅ/ \$0 ម៉ាកដែលនិយមប្រើ/ \$0 ម៉ាកដែលមិននិយមប្រើ ប្រដាប់ហ្វឹត និង ប៊ិក EPI៖ ម៉ាកទូទៅ \$5 /ដែលនិយមប្រើ \$25
ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រអប់សំបុត្រ (រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ 90 ថ្ងៃ)	\$10 ទូទៅ/ \$50 ម៉ាកដែលនិយមប្រើ/ \$100 ម៉ាកដែលមិននិយមប្រើ
ថ្នាំដែលបានផ្តល់ឱ្យ រួមទាំងការចាក់ថ្នាំ (គ្រប់កន្លែងសម្រាកព្យាបាលជំងឺក្រៅទាំងអស់)	\$0
ការទៅពិនិត្យនៅបន្ទប់ព្យាបាលគិលានុបដ្ឋាយិកាដើម្បីទទួលបានការចាក់ថ្នាំ	\$0
ការថែទាំសម្បត្តិ	
ការថែទាំមុនពេលសម្រាលដែលកំណត់កាលបរិច្ឆេទ និងការទៅជួបក្រោយសម្រាលដំបូង	\$0
មន្ទីរពិសោធន៍	\$0
ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការថតឆ្លុះរូបភាព និងនីតិវិធីរោគវិនិច្ឆ័យពិសេស	\$0
សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	\$100 ក្នុងការចូលសម្រាកមួយលើក

ភាពមិនអាចបង្កកំណើត	
សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់សម្រាប់ការព្យាបាលភាពគ្មានកូន និងការបង្កកំណើតកូន និងសេវាពាក់ព័ន្ធទាំងអស់	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ការមានកូន និងការកសាងគ្រួសារ Progyny។ 2+1 Smart Cycles ដើម្បីជួយសមាជិកតាមរយៈដំណើរនៃការមានកូន និងការកសាងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/progyny
សេវាមន្ទីរពេទ្យ	
សេវាវេជ្ជសាស្ត្របង្ក្រាបបន្ទាន់ (ក្នុងការដឹកជញ្ជូនមួយលើក)	\$75
ការទៅពិនិត្យនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់	\$200 (លើកលែងប្រសិនបើទទួលបានយកចូលសម្រាក)
សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	\$100 ក្នុងការចូលសម្រាកមួយលើក
ការទៅពិនិត្យព្យាបាលដោយប្រើគីមី/ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម	\$15
បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់យូរ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតខាងក្រៅ និងឧបករណ៍សម្រាប់ទ្រទ្រង់រាងកាយ	សហធានារ៉ាប់រង 0%
ការព្យាបាលដោយចលនា ការនិយាយ និងការព្យាបាលសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ (រហូតដល់ 20 ដងនៃការទៅជួបព្យាបាលម្តងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន)	\$15
សេវាកន្លែងថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ	
សេវាគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (រហូតដល់ 100 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន)	\$0
សេវាព្យាបាលភាពញៀនសារធាតុគីមី	
សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	\$0
មន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាស្នាក់នៅ	\$100 ក្នុងការចូលសម្រាកមួយលើក។
សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	
សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ការទៅជួបជាក្រុមប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ½)	\$0
មន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាស្នាក់នៅ	\$100 ក្នុងការចូលសម្រាកមួយលើក
ការថែទាំជម្រើសផ្សេងទៀត	
សេវាចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនចំនួន 0\$ រហូតដល់ចំនួន 20 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ
សេវាចាប់សរសៃ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនចំនួន 0\$ រហូតដល់ចំនួន 20 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ
ការព្យាបាលដោយម៉ាស្សា	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនចំនួន 25\$ រហូតដល់ចំនួន 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ
ឱសថបែបធម្មជាតិ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0, ការជួបពិគ្រោះគ្មានដែនកំណត់
សេវាចក្តុ	
ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ គ្រឿងបរិក្ខារភ្នែក និងសេវាកម្មអុបទិក	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ការថែទាំភ្នែក VSP។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/vsp
សេវាទាក់ទងនឹងការស្តាប់	
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ផ្នែកការស្តាប់ EPIC។ គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន គ្មានដែនកំណត់ក្នុងត្រចៀកម្ខាងៗរៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តងសម្រាប់ថ្លៃឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/epic



ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីគម្រោងសុខភាពធ្មេញ PPO
កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព 8/1/2026

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

រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍
 ថ្ងៃទី 1 ខែមករា - ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ

រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមា*
 (ក្នុងមនុស្សម្នាក់; មិនអនុវត្តចំពោះថ្នាក់ទី I ទេ)៖ \$5,000

ការពន្យារឈ្នួល —មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ៖ 50% ដែលមានកម្រិតកំណត់ធានារ៉ាប់រង\$5,000 ក្នុងមនុស្សម្នាក់

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

បណ្តាញ Delta Dental

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមានច្រើនបំផុតជាមួយបណ្តាញ Delta Dental PPO។ អ្នកក៏ទទួលបានសិទ្ធិចូលប្រើបណ្តាញ Delta Dental Premier® ដែលជួយអ្នកពង្រីកជម្រើសរបស់អ្នកផងដែរ។

ទទួលបានច្រាស

**ដុសធ្មេញ
 Sonicare
 ឥតគិតថ្លៃ**



សមាជិក Delta Dental ដែលទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវា Pacific Dental Alliance (PDA) ជាអ្នកជំនួយអាចទទួលបានច្រាសដុសធ្មេញ 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 1- រោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការ			
ការពិនិត្យ ការសម្អាត ផ្លូវអ្វាយ ការថតកាំរស្មីអ៊ិចប៊ែរត្រីត	100%	80%	80%
ថ្នាក់ទី II - ស្តារឡើងវិញ			
ការស្តារឡើងវិញ ការប៉ះកុំប៉ូស៊ីតលើធ្មេញផ្នែកខាងក្រោយ បណ្តាលធ្មេញ (ប្រហោងក្នុងធ្មេញ) បរិមណ្ឌលទន្លេសាស្ត្រ ការវះកាត់ក្នុងមាត់	100%	60%	60%
ថ្នាក់ទី III - ទ្រង់ទ្រាយធំ			
ក្រាសធ្មេញពាក់ ក្រាសធ្មេញពាក់មួយផ្នែក ដាំបង្គោលធ្មេញ អបធ្មេញ ស្រោបធ្មេញ	80%	40%	40%

លក្ខណៈពិសេស			
ចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅតិចបំផុត	○		
ដាក់ពាក្យប្តឹងទាមទារជំនួសឱ្យអ្នក	○	○	
ការគ្រប់គ្រងគុណភាព និងការការពារការចំណាយ	○	○	

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ៖ អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមនឹងផ្តល់ការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការ។ ក្រុមហ៊ុននឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមសម្រាប់ការព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ។ អ្នកចុះឈ្មោះអាចជួបព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះរស់នៅឆ្ងាយជាង 50 ម៉ាយល័ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមណាមួយ។



ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីគម្រោងសុខភាពធ្មេញ
កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព 8/1/2026

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

អត្ថប្រយោជន៍	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន
អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ	គ្មានអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ*
ប្រាក់បង់មុន	គ្មានប្រាក់បង់មុន
ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យកែតម្រូវធ្មេញ និងទូទៅ	គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះមួយលើក
សេវាធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការ	
ការពិនិត្យជាប្រចាំ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាតធ្មេញ ការព្យាបាលដោយហ្វូយអ៊ុរិក ការប៉ះភ្លិត (ក្នុងមួយធ្មេញ) ការពិនិត្យមហារីកក្បាល និងក ការណែនាំអំពីអនាម័យមាត់ធ្មេញ ការធ្វើ តារាងចន្លោះធ្មេញ ការវាយតម្លៃចន្លោះធ្មេញ	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ទន្តសាស្ត្រប៉ះបិទ	
ការប៉ះធ្មេញ (Amalgam)	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ប៊ីស៊ីឡែន-ធ្មេញស្រោបដែក	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$250
ទន្តសាស្ត្រដាក់ធ្មេញសិប្បនិម្មិត	
ធ្មេញស្លឹកខាងលើ ឬខាងក្រោមពេញ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$400
ការដាក់ធ្មេញស្ពាន (ក្នុងមួយធ្មេញ)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$250
ផ្នែកបណ្តុលធ្មេញ និងអញ្ចាញធ្មេញ	
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - ផ្នែកខាងមុខ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$85
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - Bicuspid	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$105
ការព្យាបាលប្រហោងក្នុងធ្មេញ - Molar	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$130
ការវះកាត់អញ្ចាញ (ក្នុងមួយបួនជ្រុង)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$150
ការដាំបួសធ្មេញ (ក្នុងមួយបួនជ្រុង)	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$75
ការវះកាត់ក្នុងមាត់	
ការដកធ្មេញជាប្រចាំ (ធ្មេញតែមួយ)	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
ការដកដោយវះកាត់	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100
ការព្យាបាលពត៌តម្រូវធ្មេញ	
ការព្យាបាលពត៌តម្រូវធ្មេញជាមុន	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$150**
ការព្យាបាលធ្មេញទូលំទូលាយ	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$1,500
ការដាំបង្គោលធ្មេញ	
ការវះកាត់ដាំបង្គោលធ្មេញ	កម្រិតកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃការដាំបង្គោលចំនួន \$1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
ផ្សេងៗ	
ការប្រើថ្នាំស្លឹកលើកន្លែងជាក់លាក់	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
តម្លៃមន្ទីរពិសោធន៍ធ្មេញ	ធានារ៉ាប់រងជាមួយ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យ
Nitrous Oxide	អ្នកបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$40
ការទៅពិនិត្យនៅការិយាល័យឯកទេស	អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់រួម \$30 ក្នុងមួយលើក
ការទូទាត់សំណងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រៅតំបន់	អ្នកបង់ថ្លៃលើសពី \$250

* TMJ មានចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំចំនួន \$1000 / កម្រិតកំណត់ធានារ៉ាប់រង \$5000 **ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការព្យាបាលដោយពត៌តម្រូវធ្មេញ ទូលំទូលាយ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺទទួលបានការគ្រោងព្យាបាល។ **ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ** អ្នកផ្តល់សេវាដែលទូលំទូលាយនឹងផ្តល់ការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការ។ ក្រុមហ៊ុននឹងផ្តល់ អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទូលំទូលាយសម្រាប់ការព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញ។ អ្នកចុះឈ្មោះអាចជួបព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកធ្មេញពីអ្នកផ្តល់ សេវាដែលមិនទូលំទូលាយ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះនៅឆ្ងាយជាង 50 ម៉ាយល័ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាដែលទូលំទូលាយណាមួយ។




ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ VSP
 កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព 8/1/2026

នេះគ្រាន់តែជាការសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងភ្នែកថ្មីរបស់អ្នក សូមទាក់ទង VSP Vision តាមរយៈលេខ 800-785-0699។

សេវាកម្មពេញលេញនៃគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ VSP	
ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន (ការពិនិត្យ / វែនតា)	\$0 / \$0
ភាពញឹកញាប់	
ការពិនិត្យ	រៀងរាល់ 12 ខែ
កញ្ចក់ឡិនស៍	រៀងរាល់ 12 ខែ
ស៊ុម	រៀងរាល់ 12 ខែ
អត្ថប្រយោជន៍ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ VSP	
ការពិនិត្យភ្នែកដ៏ទូលំទូលាយ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0
ការពិនិត្យកញ្ចក់ឡិនស៍ពាក់ភ្នែក	\$0
ការពិនិត្យវែនតាភ្នែក	\$0
ការថែទាំភ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសំខាន់ៗ	ធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រអាស្រ័យលើការរួមចំណែកផ្ទៃចំណាយនៃការទៅជួបនៅការិយាល័យ
កញ្ចក់ឡិនស៍	
កញ្ចក់វែនតាមួយកម្រិត	បានធានា
កញ្ចក់វែនតាពីរកម្រិត (Lined Bifocal)	បានធានា
កញ្ចក់វែនតាបីកម្រិត (Lined Trifocal)	បានធានា
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ*	
ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់ស៊ុមតម្លៃលក់រាយ	\$250
ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់ម៉ាកស៊ុមជាក់លាក់	\$270
ស៊ុមសមមូលនឹង Costco	\$250
កញ្ចក់ឡិនស៍ជាជម្រើសជំនួសឱ្យឡិនស៍ ឬ ស៊ុម	\$600
ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅសម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពកញ្ចក់ឡិនស៍	
ប៉ូលីកាបូណាត	បានធានា
ស្រទាប់ថ្នាំកូតប្រឆាំងនឹងការចាំងពន្លឺ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$40
ស្រទាប់ថ្នាំប្រឆាំងឆ្លុត និងការស្អិត	បានធានា
សន្ទស្សន៍ខ្ពស់	បានធានា
កញ្ចក់អាចប្រែពណ៌	បានធានា
Progressive ស្តង់ដារ	បានធានា
Progressive ផ្ទាល់ខ្លួន/ព្រីម	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$55
ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាពកញ្ចក់ឡិនស៍ដែលមានការបញ្ចុះតម្លៃផ្សេងទៀតទាំងអស់	30%

ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាមិនមែន VSP	
ការពិនិត្យ	\$45
កញ្ចក់វែនតាមួយកម្រិត	\$30
ពីរកម្រិត	\$50
បីកម្រិត	\$65
Lenticular	\$100
កញ្ចក់ឡិនស៍ Progressive	\$50
ស៊ុម	\$70
កញ្ចក់ឡិនស៍ជាជម្រើសជំនួសឱ្យឡិនស៍ ឬ ស៊ុម	\$105

គម្រោងទាំងអស់បានផ្តល់ជូន និងធានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

 ឯកសារសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងធានារ៉ាប់រង (SBC) នឹងជួយអ្នកជ្រើសរើស **គម្រោងសុខភាព**។ SBC បង្ហាញអ្នកពីរបៀបដែលអ្នក និង **គម្រោង** នឹងចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានរ៉ាប់រង។ ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយនៃ **គម្រោង** នេះ (ហៅថា **ថ្លៃធានារ៉ាប់រង**) នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដាច់ដោយឡែក។ នេះគ្រាន់តែជាសេចក្តីសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនៃធានារ៉ាប់រង សូមមើល <https://kp.org/plandocuments> (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។ ចំពោះនិយមន័យទូទៅនៃពាក្យបច្ចេកទេសទូទៅ ដូចជា **ទឹកប្រាក់ដែលបានអនុញ្ញាត** **ការចេញវិក្កយបត្រសមតុល្យ** **ការធានារ៉ាប់រងរួម** **ការបង់ប្រាក់រួមប្រាក់បង់មុន** **អ្នកផ្តល់សេវា** ឬពាក្យបច្ចេកទេសមានគ្នាខាងក្រោម ផ្សេងទៀត សូមយោងសទ្ទានុក្រម។ អ្នកអាចមើលសទ្ទានុក្រមនៅលើ www.healthcare.gov/sbc-glossary/ ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-813-2000 (TTY: 711) ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លង។

សំណួរសំខាន់ៗ	ចម្លើយ	ហេតុអ្វីវាចាំបាច់៖
តើអ្វីទៅជា ប្រាក់បង់មុន សរុប?	\$0	សូមមើល តារាងកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ ខាងក្រោមសម្រាប់ប្រាក់ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែល គម្រោង នេះរ៉ាប់រង។
តើមានសេវាកម្មណាខ្លះដែលបានរ៉ាប់រងមុនពេលដែលអ្នកបំពេញ ប្រាក់បង់មុន របស់អ្នកដែរឬទេ?	មិនមានអនុវត្ត។	គម្រោង នេះរ៉ាប់រងលើមុខទំនិញ និងសេវាកម្មមួយចំនួន ទោះបីជាអ្នកមិនទាន់បានបំពេញចំនួនទឹក ប្រាក់បង់មុន ក៏ដោយ។ ប៉ុន្តែ ការបង់ប្រាក់រួម ឬ ការធានារ៉ាប់រងរួម អាចត្រូវបានអនុវត្ត។ ឧទាហរណ៍ គម្រោង នេះរ៉ាប់រងលើ សេវាកម្មបង្ការ មួយចំនួនដោយមិនចាំបាច់មាន ការបង់ប្រាក់រួម នឹងមុនពេលដែលអ្នកបំពេញ ប្រាក់បង់មុន របស់អ្នក។ សូមមើលបញ្ជី សេវាកម្មបង្ការ ដែលមានរ៉ាប់រងនៅលើ https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ ។
តើមាន ប្រាក់បង់មុន ណាខ្លះផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់ដែរឬទេ?	ទេ។	អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញ ប្រាក់បង់មុន សម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់នោះទេ។
តើអ្វីជា ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់ គម្រោង នេះ?	\$1,250 សម្រាប់បុគ្គល / \$2,500 សម្រាប់គ្រួសារ	ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន គឺជាចំនួនច្រើនបំផុតដែលអ្នកអាចបង់ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតនៅក្នុង គម្រោង នេះ ពួកគេត្រូវតែបំពេញតាម ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន របស់ពួកគេរហូតដល់ ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន របស់គ្រួសារត្រូវបានបំពេញ។
តើអ្វីមិនរាប់បញ្ចូលក្នុង ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ?	ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ការថែទាំសុខភាពដែល គម្រោង នេះមិនរ៉ាប់រង និងសេវាកម្មដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងតារាងចាប់ផ្តើមនៅទំព័រទី 2។	ទោះបីជាអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយទាំងនេះក៏ដោយ ក៏វាមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុង ដែនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន របស់អ្នកដែរ។
តើអ្នកនឹងចំណាយតិចជាងនេះប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ ?	បាទ/ចាស។ សូមមើល www.kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-813-2000 (TTY: 711) ដើម្បីទទួលបានបញ្ជី អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម ។	គម្រោង នេះប្រើប្រាស់ បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា ។ អ្នកនឹងចំណាយតិចជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង ។ អ្នកនឹងចំណាយច្រើនបំផុត ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ហើយអ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ពី អ្នកផ្តល់សេវា សម្រាប់ភាពខុសគ្នារវាងការគិតថ្លៃរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងអ្វីដែលគម្រោងរបស់អ្នកបង់ (វិក្កយបត្រសមតុល្យ)។ សូមជ្រាបថា អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ របស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់ អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន (ដូចជាការងារមន្ទីរពិសោធន៍)។ សូមពិនិត្យជាមួយ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក មុនពេលអ្នកទទួលសេវាកម្ម។
តើអ្នកត្រូវការ ការបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីទៅជួប អ្នកឯកទេស ដែរឬទេ?	បាទ/ចាស ប៉ុន្តែអ្នកអាចនឹងបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅជួប អ្នកឯកទេស មួយចំនួន។	គម្រោង នេះនឹងបង់ថ្លៃចំណាយមួយចំនួន ឬទាំងអស់ ដើម្បីទៅជួប អ្នកឯកទេស សម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែលុះត្រាតែអ្នកមាន ការបញ្ជូនបន្ត មុនពេលអ្នកទៅជួប អ្នកឯកទេស ។



ការចំណាយលើការបង់ប្រាក់រួម និងការធានារ៉ាប់រងរួមទាំងអស់ដែលបង្ហាញក្នុងតារាងនេះគឺបន្ទាប់ពីប្រាក់បង់មុនរបស់អ្នកត្រូវបានបំពេញ ប្រសិនបើមានប្រាក់បង់មុនត្រូវបានអនុវត្ត។

ព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចត្រូវការ	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយតិចបំផុត)	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយច្រើនបំផុត)	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត
ប្រសិនបើអ្នកទៅការិយាល័យ ឬគ្លីនិករបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព	ការទៅជួបគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមដើម្បីព្យាបាលរូបសប្បដំរី	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន
	ទៅជួបអ្នកឯកទេស	\$15 / ការទៅជួប	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន
	ការថែទាំបង្ការ/ការពិនិត្យសុខភាព/ការចាក់វ៉ាក់សាំង	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនមែនជាការបង្ការ។ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើសេវាកម្មដែលត្រូវការគឺជាការបង្ការឬមិនមែន។ បន្ទាប់មកពិនិត្យមើលថា តើគម្រោងរបស់អ្នកនឹងចំណាយសម្រាប់អ្វី។
ប្រសិនបើអ្នកមានការធ្វើតេស្ត	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ (ការស៊ីអ៊ិច ការធ្វើតេស្តស្ថាណាម)	ការស៊ីអ៊ិច៖ មិនគិតថ្លៃ។ ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍៖ មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន
	ស៊ីធីស្កេន (Computed Tomography, CT)/ភីអ៊ីធីស្កេន (Positron Emission Tomography, PET), អ៊ីមនាយស្កេន (Magnetic Resonance Imaging, MRI)	\$50 / ការជួប	មិនមានរ៉ាប់រង	សេវាកម្មមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការថ្នាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាអាចរកបាននៅ www.kp.org/formulary (ជាភាសាអង់គ្លេស)។	ថ្នាំទូទៅ	\$5 (លក់រាយ) និង \$10 (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍) / វេជ្ជបញ្ជា។	មិនមានរ៉ាប់រង	ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ (លក់រាយ) និងការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 90 ថ្ងៃ (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍)។ ស្ថិតក្រោមគោលការណ៍ណែនាំនៃបញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ។
	ថ្នាំមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត	\$25 (លក់រាយ) និង \$50 (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍) / វេជ្ជបញ្ជា។	មិនមានរ៉ាប់រង	ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ (លក់រាយ) និងការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 90 ថ្ងៃ (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍)។ ស្ថិតក្រោមគោលការណ៍ណែនាំនៃបញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ។
	ថ្នាំមានម៉ាកយីហោដែលមិនពេញចិត្ត	\$50 (លក់រាយ) និង \$100 (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍) / វេជ្ជបញ្ជា។	មិនមានរ៉ាប់រង	ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ (លក់រាយ) និងការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 90 ថ្ងៃ (បញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍)។ ស្ថិតក្រោមគោលការណ៍ណែនាំនៃបញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ នៅពេលដែលត្រូវបានអនុម័តតាមរយៈដំណើរការលើកលែង។
	ថ្នាំឯកទេស	\$50 (លក់រាយ) / វេជ្ជបញ្ជា	មិនមានរ៉ាប់រង	ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ (លក់រាយ)។ ស្ថិតក្រោមគោលការណ៍ណែនាំនៃបញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ នៅពេលដែលត្រូវបានអនុម័តតាមរយៈដំណើរការលើកលែង។

ព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ទូទៅ	សេវាកម្មដែលអ្នកអាច ត្រូវការ	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយតិចបំផុត)	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយច្រើនបំផុត)	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានសំខាន់ៗ ផ្សេងទៀត
ប្រសិនបើអ្នកមាន ការរះកាត់សម្រាប់អ្នកជំងឺ មិនសម្រាកព្យាបាល	ថ្លៃសេវាកន្លែងព្យាបាល (ឧ. សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាក ព្យាបាល)	\$50 / ការជួប	មិនមានវ៉ាប់រង	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
	ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យ រះកាត់	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានវ៉ាប់រង	ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យរះកាត់ត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃ សេវាកន្លែងព្យាបាល។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ការយកចិត្តទុកដាក់ខាង វេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់	ការថែទាំនៅបន្ទប់សង្គ្រោះ បន្ទាន់	\$200 / ការជួប	\$200 / ការជួប	ការបង់ប្រាក់រួម បានលើកលែង ប្រសិនបើត្រូវបានបញ្ជូនដោយ ផ្ទាល់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅ មន្ទីរពេទ្យ។
	ការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់	\$75 / ក្នុងមួយជើង	\$75 / ក្នុងមួយជើង	គ្មាន
	ការថែទាំបន្ទាន់	\$30 / ការជួប	មិនមានវ៉ាប់រង	អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម វ៉ាប់រងនៅពេលនៅក្រៅតំបន់ សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន។ \$30 / ការជួប
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវសម្រាក ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ	ថ្លៃសេវាកន្លែងព្យាបាល (ឧ. បន្ទប់មន្ទីរពេទ្យ)	\$100 / ការចុះឈ្មោះចូល	មិនមានវ៉ាប់រង	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
	ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យ រះកាត់	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានវ៉ាប់រង	ថ្លៃសេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យរះកាត់ត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃ សេវាកន្លែងព្យាបាល។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវា សុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាព អាកប្បកិរិយា ឬសេវាបញ្ជា ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	សេវាកម្មអ្នកជំងឺមិនសម្រាក ព្យាបាល	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានវ៉ាប់រង	គ្មាន
	សេវាកម្មអ្នកជំងឺសម្រាក ព្យាបាល	\$100 / ការចូលសម្រាកព្យាបាល	មិនមានវ៉ាប់រង	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ	ការទៅជួបនៅការិយាល័យ	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានវ៉ាប់រង	អាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្ម ការបង់ប្រាក់រួម ការធានា វ៉ាប់រងរួម ឬ ប្រាក់បង់មុន អាចត្រូវបានអនុវត្ត។ ការថែទាំសម្បូរ អាចរួមបញ្ចូលការធ្វើតេស្ត និងសេវាកម្មដែលបានពិពណ៌នា នៅកន្លែងផ្សេងទៀតនៅក្នុង SBC (ឧ. អ៊ុលត្រាសោន)។
	សេវាកម្មឯកទេស បង្កើតកូន/សម្រាលកូន	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានវ៉ាប់រង	សេវាកម្មឯកទេសត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងថ្លៃសេវាកន្លែង ព្យាបាល។
	សេវាកម្មកន្លែងបង្កើតកូន/ សម្រាលកូន	\$100 / ការចុះឈ្មោះចូល	មិនមានវ៉ាប់រង	គ្មាន

ព្រឹត្តិការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ ទូទៅ	សេវាកម្មដែលអ្នកអាច ត្រូវការ	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយតិចបំផុត)	អ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួម (អ្នកនឹងចំណាយច្រើនបំផុត)	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានសំខាន់ៗ ផ្សេងទៀត
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ក្នុងការសះស្បើយឡើងវិញ ប៉ុន្តែមានតម្រូវការសុខភាព ពិសេសផ្សេងទៀត	ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	ដែនកំណត់ការទៅជួប 130 ដង / ឆ្នាំ។ តម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។
	សេវាស្តារនីតិសម្បទា	អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល៖ \$15 / ការជួប អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល៖ \$100 / ចុះឈ្មោះចូល។	មិនមានរ៉ាប់រង	អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល៖ ដែនកំណត់ការទៅជួប 20 ដង / ឆ្នាំ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អ្នកជំងឺសម្រាក ព្យាបាល៖ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
	សេវាស្តារនីតិសម្បទា	\$15 / ការទៅជួប	មិនមានរ៉ាប់រង	ដែនកំណត់ការមកជួប 20 ដង / ឆ្នាំ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាត ជាមុន។
	ការថែទាំគិលានុបដ្ឋាយិកា ជំនាញ	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	ដែនកំណត់ 100 ថ្ងៃ/ឆ្នាំ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
	បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់ បានយូរ	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	ស្ថិតក្រោមគោលការណ៍ណែនាំនៃ បញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ ។ តម្រូវឱ្យ មានការអនុញ្ញាតជាមុន។
	សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ ដំណាក់កាលចុងក្រោយ	មិនគិតថ្លៃ	មិនមានរ៉ាប់រង	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នក ត្រូវការការថែទាំធ្មេញ ឬ ភ្នែក	ការពិនិត្យភ្នែករបស់កុមារ	មិនគិតថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យចំណាំងបែរ ពន្លឺភ្នែក	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន
	វ៉ែនតារបស់កុមារ	មិនមានរ៉ាប់រង	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន
	ការពិនិត្យធ្មេញរបស់កុមារ	មិនមានរ៉ាប់រង	មិនមានរ៉ាប់រង	គ្មាន

សេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូល និងសេវាកម្មរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់របស់អ្នកជាទូទៅមិនរ៉ាប់រង (សូមពិនិត្យមើលឯកសារគោលនយោបាយ ឬគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងបញ្ជីសេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូលផ្សេងទៀត។)		
<ul style="list-style-type: none"> វ៉ែនតារបស់កុមារ ការវះកាត់កែសម្ផស្ស ការថែទាំធ្មេញ (មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ) 	<ul style="list-style-type: none"> ការព្យាបាលរោគគ្មានកូន ការថែទាំរយៈពេលវែង ការថែទាំមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅពេលធ្វើដំណើរក្រៅ សហរដ្ឋអាមេរិក 	<ul style="list-style-type: none"> សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រឯកជន ការថែទាំជើងជាប្រចាំ កម្មវិធីសម្រកទម្ងន់

សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត (ដែនកំណត់អាចអនុវត្តចំពោះសេវាកម្មទាំងនេះ។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នក។)		
<ul style="list-style-type: none"> ការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រ (ដែនកំណត់ការទៅជួប 20 ដង/ឆ្នាំ) ការវះកាត់សម្រកទម្ងន់ 	<ul style="list-style-type: none"> ការថែទាំសុខភាពឆ្អឹងខ្នង (ដែនកំណត់ការទៅជួប 20 ដង/ឆ្នាំ) ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ (1 ឧបករណ៍/ត្រីមាស/36 ខែ) 	<ul style="list-style-type: none"> ការថែទាំភ្នែកជាប្រចាំ (សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ)

សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបន្តការធានារ៉ាប់រង៖ មានភ្នាក់ងារដែលអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីរាបបញ្ចប់។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ភ្នាក់ងារទាំងនោះត្រូវបាន បង្ហាញនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម។ ជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតក៏អាចមានសម្រាប់អ្នកផងដែរ រួមមានការទិញការធានារ៉ាប់រងបុគ្គលតាមរយៈ [ទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព](#)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី [ទីផ្សារ](#) សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.HealthCare.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-318-2596។

សិទ្ធិបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖ មានភ្នាក់ងារដែលអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកមានពាក្យបណ្តឹងចំពោះគម្រោងរបស់អ្នកចំពោះការបដិសេធការទាមទារ។ ពាក្យបណ្តឹងនេះត្រូវបានហៅថា **បណ្តឹងសាទុក្ខ** ឬ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក សូមមើលការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងទទួលបានសម្រាប់ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។ ឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកក៏ផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញអំពីរបៀបដាក់បញ្ជូនការទាមទារ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ឬ**បណ្តឹងសាទុក្ខ**ដោយហេតុផលណាមួយទៅកាន់គម្រោងរបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ការជូនដំណឹងនេះឬជំនួយ សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារក្នុងតារាងខាងក្រោម។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបន្តការធានារ៉ាប់រង និងសិទ្ធិបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

សេវាបម្រើសមាជិក Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) ឬ www.kp.org/memberservices (ជាភាសាអង់គ្លេស)
រដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍និយោជិតរបស់ក្រសួងការងារ	1-866-444-EBSA (3272) ឬ www.dol.gov/ebsa/healthreform
មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់ការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកប្រើប្រាស់ និងការត្រួតពិនិត្យការធានារ៉ាប់រងនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ	1-877-267-2323 x61565 ឬ www.cciio.cms.gov
ក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋអូរីហ្គិន	1-888-877-4894 ឬ https://dfr.oregon.gov/
ក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន	1-800-562-6900 ឬ www.insurance.wa.gov

តើគម្រោងនេះផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមាដែរឬទេ? បាទ/ចាស

ធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមាជាទូទៅមានគម្រោង ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានផ្តល់ជូនតាមរយៈទីផ្សារ ឬគោលនយោបាយទីផ្សារបុគ្គលផ្សេងទៀត Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE និងការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតមួយចំនួន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រភេទជាក់លាក់នៃធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា អ្នកប្រហែលជាមិនមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធថ្លៃធានារ៉ាប់រងទេ។

តើគម្រោងនេះបំពេញតាមស្តង់ដាតម្លៃអប្បបរមាដែរឬទេ? បាទ/ចាស

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមស្តង់ដាតម្លៃអប្បបរមាទេ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានឥណទានពន្ធថ្លៃធានារ៉ាប់រង ដើម្បីជួយអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់គម្រោងមួយតាមរយៈទីផ្សារទេ។

សេវាកម្មសិទ្ធិជំនួយផ្នែកភាសា៖

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

ដើម្បីមើលឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលគម្រោងនេះអាចរ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រគំរូ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

អំពីឧទាហរណ៍នៃការរ៉ាប់រងទាំងនេះ៖



នេះមិនមែនជាវិធីប៉ាន់ស្មានថ្លៃចំណាយទេ។ ការព្យាបាលដែលបានបង្ហាញគ្រាន់តែជាឧទាហរណ៍នៃរបៀបដែល **គម្រោង** នេះអាចរ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព។ ការចំណាយជាក់ស្តែងរបស់អ្នកនឹងខុសគ្នាអាស្រ័យលើការថែទាំជាក់ស្តែងដែលអ្នកទទួលបាន តម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថ្លៃ និងកត្តាជាច្រើនទៀត។ ផ្តោតលើចំនួន **ការបង់ប្រាក់រួម** (ប្រាក់បង់មុន ការបង់ប្រាក់រួម និងការធានារ៉ាប់រងរួម) និង **សេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូល** ក្រោម **គម្រោង** នេះ។ ប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីប្រៀបធៀបចំណែកនៃការចំណាយដែលអ្នកអាចនឹងបង់ក្រោម **គម្រោង** សុខភាពផ្សេងៗគ្នា។ សូមចំណាំថា ឧទាហរណ៍នៃធានារ៉ាប់រងទាំងនេះគឺផ្អែកលើស្វ័យធានារ៉ាប់រង។

Peg កំពុងមានកូន
(ការថែទាំមុនពេលសម្រាលក្នុងបណ្តាញរយៈពេល 9 ខែ និងការសម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យ)

- **ប្រាក់បង់មុនសរុបរបស់គម្រោង** \$0
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់អ្នកឯកទេស** \$15
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែងព្យាបាល)** \$100
- **ការបង់ប្រាក់រួមផ្សេងទៀត (ការធ្វើតេស្តឈាម)** \$0

ព្រឹត្តិការណ៍ឧទាហរណ៍នេះរួមមានសេវាកម្មដូចជា៖
ការទៅជួបនៅការិយាល័យអ្នកឯកទេស (ការថែទាំមុនពេលសម្រាលកូន) សេវាកម្មឯកទេសបង្កើតកូន/សម្រាលកូន សេវាកម្មកន្លែងបង្កើតកូន/សម្រាលកូន **ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ** (អ៊ុលត្រាសោន និងការធ្វើតេស្តឈាម) ការទៅជួបអ្នកឯកទេស (សណ្តា)

ថ្លៃចំណាយឧទាហរណ៍សរុប	\$12,700
នៅក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Peg នឹងបង់ប្រាក់៖	
<i>ការថែទាំលើកថ្លៃចំណាយ</i>	
ប្រាក់បង់មុន	\$0
ការបង់ប្រាក់រួម	\$100
ការធានារ៉ាប់រងរួម	\$0
អ្វីដែលមិនមានរ៉ាប់រង	
ដែនកំណត់ ឬការលើកលែង	\$60
ទឹកប្រាក់សរុបដែល Peg នឹងបង់គឺ	\$160

ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី 2 របស់ Joe
(រយៈពេលមួយឆ្នាំនៃការថែទាំក្នុងបណ្តាញជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពដែលគ្រប់គ្រងបានល្អ)

- **ប្រាក់បង់មុនសរុបរបស់គម្រោង** \$0
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់អ្នកឯកទេស** \$15
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែងព្យាបាល)** \$100
- **ការបង់ប្រាក់រួមផ្សេងទៀត (ការធ្វើតេស្តឈាម)** \$0

ព្រឹត្តិការណ៍ឧទាហរណ៍នេះរួមមានសេវាកម្មដូចជា៖
ការទៅជួបនៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (រួមមានការអប់រំអំពីជំងឺ) **ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ** (ការធ្វើតេស្តឈាម) **ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា** **បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ** (ឧបករណ៍វាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម)

ថ្លៃចំណាយឧទាហរណ៍សរុប	\$5,600
ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Joe នឹងបង់ប្រាក់៖	
<i>ការថែទាំលើកថ្លៃចំណាយ</i>	
ប្រាក់បង់មុន	\$0
ការបង់ប្រាក់រួម	\$300
ការធានារ៉ាប់រងរួម	\$0
អ្វីដែលមិនមានរ៉ាប់រង	
ដែនកំណត់ ឬការលើកលែង	\$0
ទឹកប្រាក់សរុបដែល Joe នឹងបង់គឺ	\$300

ការបាក់ធ្លឹងសាមញ្ញរបស់ Mia
(ការចូលសម្រាកក្នុងបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញ និងការថែទាំតាមដាន)

- **ប្រាក់បង់មុនសរុបរបស់គម្រោង** \$0
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់អ្នកឯកទេស** \$15
- **ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ (កន្លែងព្យាបាល)** \$100
- **ការបង់ប្រាក់រួមផ្សេងទៀត (ការស្តីអ៊ីច)** \$0

ព្រឹត្តិការណ៍ឧទាហរណ៍នេះរួមមានសេវាកម្មដូចជា៖
ការថែទាំបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ (រួមទាំងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) **ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ** (ការស្តីអ៊ីច) **បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ** (ឈើច្រត់) **សេវាស្តារនីតិសម្បទា** (ការព្យាបាលដោយចលនា)

ថ្លៃចំណាយឧទាហរណ៍សរុប	\$2,800
នៅក្នុងឧទាហរណ៍នេះ Mia នឹងបង់ប្រាក់៖	
<i>ការបង់ប្រាក់រួម</i>	
ប្រាក់បង់មុន	\$0
ការបង់ប្រាក់រួម	\$400
ការធានារ៉ាប់រងរួម	\$0
អ្វីដែលមិនមានរ៉ាប់រង	
ដែនកំណត់ ឬការលើកលែង	\$0
ទឹកប្រាក់សរុបដែល Mia នឹងបង់គឺ	\$400

គម្រោង នឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយផ្សេងទៀតនៃសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយឧទាហរណ៍ទាំងនេះ។

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋជាធរមាន ហើយមិនរើសអើង មិនរារាំងបុគ្គលណាម្នាក់ ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេមិនស្មើភាពដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ (រួមទាំងជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត) អាយុ ពិការភាព ឬភេទ (រួមទាំងលក្ខណៈផ្លូវភេទ លក្ខណៈអន្តរភេទ ការមានផ្ទៃពោះ ឬលក្ខខណ្ឌពាក់ព័ន្ធ ទន្ទេរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងគំរូផ្លូវភេទ) ឡើយ។

Kaiser Health Plan៖

- ផ្តល់ជូនដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាពនូវការកែសម្រួលសម្រប និងជំនួយបន្ថែមព្រមទាំងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ និងសមរម្យ ដើម្បីប្រស្រ័យទាក់ទងជាមួយយើងខ្ញុំឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានជំនាញ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ សំឡេង អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន
- ផ្តល់សេវាកម្មភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់បុគ្គលដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានជំនាញ
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**។

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Kaiser Health Plan បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងតាមរូបភាពផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់យើងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់យើងអាចជួយអ្នកបាន។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់យើងបានតាមរយៈ៖

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights
Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
ទូរសារ៖ **1-855-347-7239**

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈផេតថលបណ្តឹងតវ៉ារបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល ដែលមាននៅអាសយដ្ឋាន

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសព្ទទៅកាន់៖

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
ទូរសព្ទ៖ **1-800-368-1019**
TDD៖ **1-800-537-7697**

ទម្រង់បែបបង្កាត់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅលើ www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html។

សម្រាប់សមាជិករដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន៖

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយការិយាល័យគណៈកម្មការធានារ៉ាប់រងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន

តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈផលិតផលបណ្តឹងតវ៉ារបស់ការិយាល័យគណៈកម្មការធានារ៉ាប់រង ដែលមាននៅអាសយដ្ឋាន

<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, ឬតាមទូរសព្ទលេខ **1-800-562-6900** ឬ **360-586-0241** (TDD)។ ទម្រង់បែបបង្កាត់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅលើ

<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចរកបាននៅលើ

<https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000**(TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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

Coverage Period: 08/01/2026 – 07/31/2027

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](#).

ការជូនដំណឹងរបស់ HIPAA អំពីសិទ្ធិចុះឈ្មោះពិសេស

ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការចុះឈ្មោះសម្រាប់ខ្លួនអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក (រួមទាំងប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក) ដោយសារតែការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការធានារ៉ាប់រងលើគម្រោងសុខភាពជាក្រុម អ្នកអាចចុះឈ្មោះខ្លួនអ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនោះ (ឬប្រសិនបើនិយោជកឈប់ចូលរួមវិភាគទានដល់ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នក)។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការចុះឈ្មោះក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកចប់ (ឬបន្ទាប់ពីនិយោជកឈប់ចូលរួមវិភាគទានដល់ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត)។

លើសពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មី ដែលជាលទ្ធផលនៃការរៀបការ ការកើត ការសុំកូន ឬស្ថិតក្នុងស្ថានភាពសុំកូន អ្នកប្រហែលជាអាចចុះឈ្មោះដោយខ្លួនឯង និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកបាន។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែសុំការចុះឈ្មោះក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអាពាហ៍ពិពាហ៍ កំណើត ការសុំកូន ឬស្ថានភាពសុំកូន។

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់រដ្ឋពី Medicaid ឬតាមរយៈកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមាររបស់រដ្ឋទាក់ទងនឹងការរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងនេះ ឬប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកបាត់បង់ Medicaid ឬការធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ ដោយសារអ្នកមិនមានសិទ្ធិទៀត អ្នកអាចចុះឈ្មោះខ្លួនអ្នក និងអ្នកនៅក្នុងបន្ទុកក្នុងគម្រោងនេះបាន។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការចុះឈ្មោះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការសម្រេចអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកចំពោះជំនួយបែបនេះ។

ដើម្បីស្នើសុំការចុះឈ្មោះពិសេស ឬទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងការជឿទុកចិត្ត (Trust Administrator)៖

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
ទូរស័ព្ទលេខ៖ (877) 606-6705
ទូរសារ៖ (516) 723-7395

កំណត់ចំណាំសំខាន់ៗទាក់ទងនឹងប្រតិសកម្ម

សូមចំណាំថា ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសការធានារ៉ាប់រងបន្ត COBRA ត្រឡប់ទៅព្រឹត្តិការណ៍ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ COBRA របស់អ្នក ឬការចុះឈ្មោះពិសេសសម្រាប់អ្នកនៅក្នុងបន្ទុកថ្មីដោយផ្អែកលើកំណើត ឬការសុំកូន ត្រឡប់ទៅកាលបរិច្ឆេទកំណើត ឬការសុំកូនចិញ្ចឹមនោះ អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលចាំបាច់សម្រាប់ខែទាំងអស់ មុនពេលការធានារ៉ាប់រងប្រតិសកម្មនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន។ ការធានារ៉ាប់រងប្រតិសកម្មត្រូវតែបន្តបន្ទាប់ចាប់ពីពេលនៃសិទ្ធិទទួលបានប្រតិសកម្មលើកដំបូង។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យទាមទារសំណងសម្រាប់សេវាកម្មក្នុងអំឡុងពេលពេញ ប៉ុន្តែពួកគេនឹងត្រូវរង់ចាំរហូតទាល់តែអ្នកធ្វើការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងចាំបាច់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីរបៀបដែលព័ត៌មាននេះអនុវត្តចំពោះអ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន SEIU 775 តាមរយៈលេខ (877) 606-6705។

877-606-6705
seiu775benefitsgroup.org
PO Box 24811
Seattle, WA 98124

ជំនួយបុព្វលាភរ៉ាប់រងក្រោម Medicaid និង កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពកុមារ (CHIP)

ប្រសិនបើអ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬ CHIP ហើយអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីនិយោជក របស់អ្នក រដ្ឋរបស់អ្នកអាចមានកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភដែលអាចជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ដោយប្រើមូលនិធិពីកម្មវិធី Medicaid ឬ CHIP របស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នក ឬកូនរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid ឬ CHIP ទេ អ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភទាំងនេះទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចទិញការធានារ៉ាប់រងបុគ្គលតាមរយៈទិដ្ឋភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាពបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូម ចូលទៅកាន់ www.healthcare.gov។

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុង Medicaid ឬ CHIP ហើយអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋដែលមានរាយបញ្ជី ខាងក្រោម សូមទាក់ទងការិយាល័យរដ្ឋ Medicaid ឬ CHIP របស់អ្នក ដើម្បីរកមើលថាតើជំនួយបុព្វលាភមានដែរឬទេ។

ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្ន អ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកមិនបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicaid ឬ CHIP ទេ ហើយអ្នកគិតថាអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក របស់អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យរដ្ឋ Medicaid ឬ CHIP របស់អ្នក ឬចុចទៅលេខ **1-877-KIDS NOW** ឬ www.insurekidsnow.gov ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សូមសួររដ្ឋរបស់អ្នកថាតើវាមានកម្មវិធីដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការបង់ប្រាក់បុព្វលាភសម្រាប់គម្រោងដែលឧបត្ថម្ភដោយនិយោជកដែរឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុករបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភក្រោម Medicaid ឬ CHIP ក៏ដូចជាមានសិទ្ធិក្រោមគម្រោង និយោជករបស់អ្នក និយោជករបស់អ្នកត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនិយោជករបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានចុះឈ្មោះ នៅឡើយ។ គេហទំព័រខាងក្រោម "ចុះឈ្មោះពិសេស" ហើយអ្នកត្រូវតែស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីត្រូវបានកំណត់ថា មានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបុព្វលាភ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនិយោជករបស់អ្នក សូមទាក់ទងក្រសួងការងារ តាមរយៈ www.askebsa.dol.gov ឬទូរសព្ទទៅលេខ **1-866-444-EBSA (3272)**។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋណាមួយក្នុងចំណោមរដ្ឋខាងក្រោម អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយដោយបង់ថ្លៃបុព្វលាភគម្រោង សុខភាពនិយោជករបស់អ្នក។ បញ្ជីរដ្ឋខាងក្រោមគឺមានបច្ចុប្បន្នភាពគិតត្រឹមថ្ងៃទី 31 ខែមករា ឆ្នាំ 2026។ សូមទាក់ទងរដ្ឋរបស់ អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិទទួលបាន –

MONTANA – Medicaid	OREGON – Medicaid និង CHIP
គេហទំព័រ៖ http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP ទូរសព្ទលេខ៖ 1-800-694-3084 អ៊ីមែល៖ HSHIPPPProgram@mt.gov	គេហទំព័រ៖ http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx ទូរសព្ទលេខ៖ 1-800-699-9075
WASHINGTON – Medicaid	
គេហទំព័រ៖ https://www.hca.wa.gov/ ទូរសព្ទលេខ៖ 1-800-562-3022	

ដើម្បីមើលថាតើវដ្តផ្សេងទៀតបានបន្ថែមកម្មវិធីជំនួយបុព្វលាភរ៉ាប់រងចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 31 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ឬអត់ ឬសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសិទ្ធិចុះឈ្មោះពិសេស សូមទាក់ទង៖

ក្រសួងការងារអាមេរិក
រដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍និយោជិត
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក
មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, ជម្រើសមីនុយ 4, Ext. 61565

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាស


យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាសឆ្នាំ 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), គ្មានបុគ្គលណាមួយត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានលុះត្រាតែការប្រមូលទាំងនោះបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យនៃការិយាល័យគ្រប់គ្រង និងថវិកា (OMB) ដែលមានសុពលភាព។ ក្រសួងកាត់បន្ថយចំណាយសហព័ន្ធមិនអាចដឹកនាំ ឬឧបត្ថម្ភការប្រមូលព័ត៌មានបានទេ ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបានអនុម័តដោយ OMB ក្រោម PRA ហើយបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពបច្ចុប្បន្ន ហើយសាធារណជនមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មាន ប្រសិនបើវាមិនបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពបច្ចុប្បន្នទេ។ សូមមើល 44 U.S.C. 3507។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ទោះបីជាមានចែងនៃបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ក៏ដោយ ក៏គ្មាននរណាម្នាក់ត្រូវទទួលបានការពិន័យចំពោះការមិនគោរពតាមការប្រមូលព័ត៌មាននោះដែរ ប្រសិនបើការប្រមូលព័ត៌មានមិនបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពបច្ចុប្បន្ន។ សូមមើល 44 U.S.C. 3512។

បន្ទុកនៃការរាយការណ៍ជាសាធារណៈសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាជាមធ្យមប្រហែលប្រាំពីរនាទីសម្រាប់អ្នកឆ្លើយតបមួយនាក់។ ភាគីដែលចាប់អារម្មណ៍ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យផ្ញើមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងការប៉ាន់ប្រមាណបន្ទុក ឬទិដ្ឋភាពផ្សេងទៀតនៃការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រួមទាំងការផ្តល់យោបល់សម្រាប់កាត់បន្ថយបន្ទុកនេះទៅកាន់ក្រសួងការងារសហរដ្ឋអាមេរិក រដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍និយោជិត ការិយាល័យគោលនយោបាយ និងស្រាវជ្រាវ យកចិត្តទុកដាក់៖ PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 ឬអ៊ីមែល ebsa.opr@dol.gov និងយោងលេខត្រួតពិនិត្យ OMB 1210-0137។

លេខត្រួតពិនិត្យ OMB 1210-0137 (ផុតកំណត់ 3/31/2026)

ធនធានគម្រោង

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពសេវាអតិថិជន		MAGNACARE™
ទូរសព្ទ	1-877-606-6705 ចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។	
អ៊ីមែល	SEIU775BG-caregiver@magnacare.com	
គណនីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព	myseiu.be/magnacare	

Kaiser Permanente Northwest		 KAISER PERMANENTE®
សេវាបម្រើសមាជិកថ្មី	1-888-491-1124	myseiu.be/kp-new-member
សេវាបម្រើសមាជិក	1-800-813-2000	myseiu.be/kp-member
សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	1-800-813-2000	myseiu.be/kpnw-bh
ខ្សែទូរសព្ទជំនួយគិលានុបដ្ឋាក	1-800-324-8010	myseiu.be/kp-nurse
ជំនួយភាសាសម្រាប់សមាជិក	1-800-813-2000	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	1-833-233-0517	myseiu.be/progyny
ការថែទាំភ្នែក VSP	1-800-785-0699	myseiu.be/vsp

ទទួលបានជំនួយជាភាសារបស់អ្នក

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