



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 ហើយអ្នកក៏ស៊ីក្តីសមនិងទទួលបានការថែទាំ និងការគាំទ្រផងដែរ។

គោលដៅរបស់យើង គឺផ្តល់ភាពកាន់តែងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមានគុណភាពខ្ពស់ និងមានតម្លៃសមរម្យ ដូច្នេះអ្នកអាចផ្តោតលើសុខភាពរបស់អ្នក ក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក និងការងារសំខាន់ៗដែលអ្នកធ្វើ។

សៀវភៅណែនាំនេះនឹងណែនាំអ្នកអំពីជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងជំហានដែលត្រូវអនុវត្ត។ យើងមានមោទនភាពក្នុងការគាំទ្រអ្នកនិងការថែទាំសំខាន់ៗដែលអ្នកផ្តល់ជូន។

បន្ទាប់ពីពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមចំណាយពេលស្វែងយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកថែទាំ។ ចាប់ពីឱកាសទទួលបានបណ្តុះបណ្តាល និងអត្ថប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍រហូតដល់ស្បែកជើងដែលធននឹងការអិលដោយឥតគិតថ្លៃ 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។

អ្នកនឹងទទួលបានបង្ហាត់ដៃដាក់ពាក្យសុំតាមអ៊ីមែលក្នុងរយៈពេល 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 ឬកូនទាំងកូន
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 ឬកូនទាំង
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 រួមមានការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់វ៉ែនតា 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។

*ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកធ្វើការមិនបានដល់ 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 ឬប្រើកាត់ណែនាំសម្រាប់ប្រយោជន៍សុខភាពអន្តរាគមន៍របស់អ្នក។

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 នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ។ ប្រសិនបើអ្នកឈប់ផ្តល់ការថែទាំ សូមពិនិត្យមើលលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Washington Apple Health ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ wahealthplanfinder.org។

ធ្វើការច្រើនម៉ោងបន្ថែមដើម្បីរក្សាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចំនួនម៉ោងបន្ថែមដើម្បីទទួលបានបុរស្សាការធានារ៉ាប់រង 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
ដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងតាមអ៊ិនធឺណិត។

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។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ Kaiser Permanente of Washington POS។
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
និងកញ្ចក់ឡឺនស៊ី។
- 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 POS
ជម្រើសស្វ័យធានារ៉ាប់រង
កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន 8/1/2025**

នេះគឺជាព័ត៌មានសង្ខេបខ្លីនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយ 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
ទិវរាល់រយចំនួនស្ថានភាពដែលមានស្រាប់ពីមុន (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*	ឱសថផ្នែកលើតម្លៃ**/ឱសថទូទៅដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$4/\$8/\$25/\$50 ក្នុងមួយការផ្តល់ផ្តល់ 30 ថ្ងៃ អាំងស៊ុយលីន៖ ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1) / ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2) / មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) \$0/\$0/\$25 ប្រដាប់ហ្វឹត និង EPI៖ ឱសថដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ឱសថម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$8/\$25/\$35	ម៉ាកទូទៅដែលនិយមប្រើ/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ/មិននិយមប្រើ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$13/\$30/\$55 ក្នុងមួយការផ្តល់ផ្តល់ 30 ថ្ងៃ អាំងស៊ុយលីន៖ ម៉ាកទូទៅដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) \$0/\$0/\$25 ប្រដាប់ហ្វឹត និង EPI៖ ឱសថដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 1)/ឱសថម៉ាកដែលនិយមប្រើ (កម្រិតទី 2)/មិននិយមប្រើ (កម្រិតទី 3) ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$8/\$25/\$35
ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដែលមានវេជ្ជបញ្ជា	បញ្ចុះតម្លៃ \$5 ក្នុងការផ្តល់ផ្តល់ 30 ថ្ងៃ	មិនត្រូវបានធានា
ការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រ	ធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះរហូតដល់ 20 ដងក្នុងមួយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការជួបពិគ្រោះបន្ថែមនៅពេលដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង - ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ត	គម្រោងបង់ 80% អ្នកបង់ 20%	ដូចគ្នានឹងបណ្តាញ

*ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការឱ្យអង្គការដែលមានមូលដ្ឋានលើសាសនា គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនរាប់បញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងពន្យារកំណើត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតស្របតាមករណីលើកលែងសាសនាក្នុងច្បាប់ Affordable Care Act (ច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ)។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងទទួលបានការទាំងនេះដោយមិនគិតថ្លៃ (និងដោយមិនចាំបាច់ចាត់វិធានការបន្ថែមណាមួយឡើយ) ពី Kaiser Permanente ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព។ **ឱសថផ្នែកលើតម្លៃជាឱសថទូទៅសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពផ្សេងៗ។

អត្ថប្រយោជន៍	នៅក្នុងបណ្តាញ	ក្រៅបណ្តាញ
ភាពញ្ញៀនសារធាតុគីមី	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0</p>	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p>
<p>ឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ • បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់យូរ • គ្រឿងបរិក្ខារតម្រង់ឆ្អឹង • អាវត្រនាប់ក្រោយសម្រាលបានកំណត់ត្រឹមពីរ (2) រៀងរាល់ប្រាំមួយ (6) ខែ • សម្ភារៈកាត់បើកផ្លូវចូលទៅក្នុងពោះរៀនធំ • ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត 	ត្រូវបានធានាត្រឹម 100%។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន បើពុំនោះទេនិងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។	ត្រូវបានធានាត្រឹម 50% ប្រាក់បង់មុនត្រូវបានអនុវត្ត
សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែម	អាំងស៊ុយលីន មូល ស៊ីរ៉ាំង និងប្រដាប់ដោះ - សូមមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនខាងក្រៅ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម សារធាតុធ្វើតេស្ត និងសម្ភារៈ សូមមើលឧបករណ៍បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ។ នៅពេលដែលឧបករណ៍ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារ ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានរ៉ាប់រង និងមានដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែមមិនស្ថិតក្រោមដែនកំណត់ទាំងនេះទេ។	<p>អាំងស៊ុយលីន មូល ស៊ីរ៉ាំង និងប្រដាប់ដោះ - សូមមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនខាងក្រៅ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម សារធាតុធ្វើតេស្ត និងសម្ភារៈ សូមមើលឧបករណ៍ បរិក្ខារ និងសម្ភារៈ។</p> <p>នៅពេលដែលឧបករណ៍ សម្ភារៈ និងបរិក្ខារ ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានរ៉ាប់រង និងមានដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ សម្ភារៈជំងឺទឹកនោមផ្អែមមិនស្ថិតក្រោមដែនកំណត់ទាំងនេះទេ។</p>
សេវាមន្ទីរពិសោធន៍រោគវិនិច្ឆ័យ និងការស៊ើបអង្កេត	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ត្រូវបានធានាក្រោមសេវាមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ</p> <p>សេវាថតនូវរូបភាពវិទ្យុសកម្មទំនើបដូចជា CT, MR និង PET ត្រូវតែកំណត់ថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនលើកលែងតែនៅពេលដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។</p>	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ត្រូវបានធានាក្រោមសេវាមន្ទីរពេទ្យ</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p> <p>សេវាថតនូវរូបភាពវិទ្យុសកម្មទំនើបដូចជា CT, MR និង PET ត្រូវតែកំណត់ថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន លើកលែងតែនៅពេលដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។</p>
សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ (ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានលើកលែងប្រសិនបើអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាក)	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$200	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$200
ការពិនិត្យការស្តាប់ (តាមទម្លាប់)	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ផ្នែកការស្តាប់ EPIC។ គ្មានដែនកំណត់ក្នុងមួយត្រីមាសរៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តងសម្រាប់ថ្លៃឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ mysieu.be/epic	
សេវាសុខាភិបាលនៅផ្ទះ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។ គ្មានការកំណត់ចំពោះការជួបពិគ្រោះ។	គ្មានការកំណត់ចំពោះការជួបពិគ្រោះ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ	ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាព្យាបាលភាពមិនមានកូន	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ការមានកូន និងការកសាងគ្រួសារ Progyny។ 2+1 Smart Cycles ដើម្បីជួយសមាជិកតាមរយៈដំណើរការមានកូន និងការកសាងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/progyny	មិនត្រូវបានធានា
ការព្យាបាលដោយចលនាដៃ	ធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ការជួបពិគ្រោះ 20 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុន ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	ដែនកំណត់ជួបពិគ្រោះដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាម៉ាស្សា	សូមមើលសេវាស្ថានីតិសម្បទាឡើងវិញ	សូមមើលសេវាស្ថានីតិសម្បទាឡើងវិញ
សេវាសម្ភព	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0។ ការថែទាំតាមទម្លាប់ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនលើសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។</p>	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p> <p>ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត។ ការថែទាំតាមទម្លាប់ មិនមានការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនលើសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។</p>
សុខភាពផ្លូវចិត្ត	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0</p>	<p>អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 5 ថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p> <p>អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត</p>

អត្ថប្រយោជន៍	នៅក្នុងបណ្តាញ	ក្រៅបណ្តាញ
ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0។ ការជួបពិគ្រោះគ្មានដែនកំណត់ក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនដោយមិនទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន។ ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាទារកទើបនឹងកើត	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដំបូង៖ សូមមើលសេវាមន្ទីរពេទ្យ; ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ៖ សូមមើលសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ៖ សូមមើលការថែទាំបង្ការ។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយលើសេវាទារកទើបនឹងកើតដាច់ដោយឡែកពីម្តាយ។	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដំបូង៖ សូមមើលសេវាមន្ទីរពេទ្យ; ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ៖ សូមមើលសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ៖ សូមមើលការថែទាំបង្ការ។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយលើសេវាទារកទើបនឹងកើតដាច់ដោយឡែកពីម្តាយ។
សេវាទាក់ទងនឹងជំងឺធាត់	រ៉ាប់រងលើការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនៅពេលដែលបានបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ	រ៉ាប់រងលើការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនៅពេលដែលបានបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ
ការប្តូរសរីរាង្គ	គ្មានដែនកំណត់ គ្មានរយៈពេលរង់ចាំ អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	រួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការថែទាំបង្ការ ការថែទាំសុខភាពរាងកាយ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ការពិនិត្យដោយគ្រូសមាត់ស្បូន និងការថតម៉ូឡូក្រាម	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ សេវាថែទាំបង្ការសម្រាប់ស្ត្រី (រួមទាំងថ្នាំពន្យារកំណើត និងឧបករណ៍ពន្យារកំណើត និងការត្រៀម) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុង។	ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត សេវាថែទាំបង្ការសម្រាប់ស្ត្រី (រួមទាំងថ្នាំពន្យារកំណើត និងឧបករណ៍ពន្យារកំណើត និងការត្រៀម) ស្ថិតក្រោមការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយលើការថែទាំបង្ការដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកម្រិតអតិបរមាអត្ថប្រយោជន៍។ ការថតឆ្មុះមើលសុដន់ជាប្រចាំ៖ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
សេវាស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ ការទៅពិនិត្យស្តារនីតិសម្បទាឡើងវិញ គឺជាចំនួនសរុបនៃការទៅព្យាបាលរួមគ្នាក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ 60 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សេវាដែលមានការវិនិច្ឆ័យសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគ្មានដែនកំណត់។ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ការជួបពិគ្រោះ 60 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សេវាដែលមានការវិនិច្ឆ័យសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគ្មានដែនកំណត់។ គ្មានប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការថែទាំបឋម/ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 សម្រាប់ឯកទេស	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ដែនកំណត់ថ្លៃដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ដែនកំណត់ជួបពិគ្រោះដែលបានរួមចំណែកជាមួយសេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
កន្លែងថែទាំមានជំនាញ	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញរហូតដល់ 60 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន	ដែនកំណត់ថ្លៃដែលបានរួមចំណែកជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញ ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការសម្រាប់មេរោគដោយសារជាតិ អាល់កុល (ការកាត់បំពង់បង្ហូរទឹកនោម ការភ្ជាប់បំពង់)	ធានារ៉ាប់រងពេញលេញ។	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត នីតិវិធីរក្សាស្រាវជ្រាវរ៉ាប់រងក្រោមការចំណាយថ្លៃចំណាយលើការថែទាំបង្ការដែលពាក់ព័ន្ធ និងកម្រិតកំណត់អត្ថប្រយោជន៍។
សន្លាក់ Temporomandibular សេវាកម្ម (TMJ)	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$0	អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$100 ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ការចូលសម្រាកម្តង ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$15 ប្រាក់បង់មុន និងសហធានារ៉ាប់រងត្រូវបានអនុវត្ត
ការប្រឹក្សាអំពីការឈប់ជក់ថ្នាំជក់	កម្មវិធី Quit for Life Program - ធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុង	ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយត្រូវបានអនុវត្ត
ការថែទាំភ្នែកជាប្រចាំ និងគ្រឿងបរិក្ខារអុបទិក	ត្រូវបានធានាតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ដាច់ដោយឡែកមួយ៖ ការថែទាំភ្នែក VSP។ ស្វែងយល់បន្ថែមនៅ myseiu.be/vsp	



ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីគម្រោងសុខភាពធុញ 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

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

*ការថែទាំធុញដែលបានទទួលនៅទន្ធពេជ ប្រព័ន្ធ 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) ជាអ្នកជំនាញអាចទទួលបានច្រាសដុសធ្មេញ Sonicare ដោយឥតគិតថ្លៃ។

មើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា PDA ពេញលេញ៖ myseiu.be/oe-pda

	Delta Dental PPO	Delta Dental Premier	ក្រៅបណ្តាញ
ប្រាក់បង់មុនក្នុងរយៈពេលទទួលអត្ថប្រយោជន៍			
មិនអនុវត្តចំពោះថ្នាក់ I និងការកែតម្រូវធុញក្រៅបណ្តាញ (\$50 ក្នុងមនុស្សម្នាក់)	\$0	\$50	\$50
ថ្នាក់ទី 1- រោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការ			
ការពិនិត្យ ការសម្អាត ផ្លូវដុំរាយ ការថតកាំរស្មីអ៊ិចប៊ិក	100%	80%	80%
ថ្នាក់ទី II - ស្តារឡើងវិញ			
ការស្តារឡើងវិញ ការប៉ះកុំប៉ូស៊ីតលើធ្មេញផ្នែកខាងក្រោយ បណ្តាញធុញ (ប្រហោងក្នុងធ្មេញ) បរិមណ្ឌលទន្ធសាស្ត្រ 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 ម៉ាយល៍ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមណាមួយ។



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
ការព្យាបាលពត់តម្រូវធ្មេញ	
ការព្យាបាលពត់តម្រូវធ្មេញជាមុន	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 **ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការព្យាបាលដោយពត់តម្រូវធ្មេញ 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	ធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងវេជ្ជសាស្ត្រ អាស្រ័យលើការរួមចំណែកផ្ទៃចំណាយនៃការទៅជួបនៅការិយាល័យ
កញ្ចក់ឡិនស៍	
កញ្ចក់វែនតាមួយកម្រិត	បានធានា
កញ្ចក់វែនតាពីរកម្រិត (Lined Bifocal)	បានធានា
កញ្ចក់វែនតាបីកម្រិត (Lined Trifocal)	បានធានា
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ*	
ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់ស៊ុមតម្លៃលក់រាយ	\$250
ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់ម៉ាកស៊ុមជាក់លាក់	\$270
ស៊ុមសមមូលនឹង Costco	\$250
កញ្ចក់ឡិនស៍ជាជម្រើស ជំនួសឱ្យឡិនស៍ ឬ ស៊ុម	\$600
ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅសម្រាប់ការបង្កើនគុណភាពកញ្ចក់ឡិនស៍	
ប៉ូលីកាបូណាត	បានធានា
ស្រទាប់ថ្នាំកូតប្រឆាំងនឹងការចាំងពន្លឺ	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$40
ស្រទាប់ថ្នាំប្រឆាំងឆ្លុះ និងការស្លឹយូរី	បានធានា
សន្ទស្សន៍ខ្ពស់	បានធានា
កញ្ចក់អាចប្រែពណ៌	បានធានា
Progressive ស្តង់ដារ	បានធានា
Progressive ផ្ទាល់ខ្លួន/ព្រីមៀម	ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន \$55
ការបង្កើនប្រសិទ្ធភាពកញ្ចក់ឡិនស៍ដែល មានការបញ្ចុះតម្លៃផ្សេងទៀតទាំងអស់	30%

ប្រាក់អនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា មិនមែន VSP	
ការពិនិត្យ	\$45
កញ្ចក់វែនតាមួយកម្រិត	\$30
ពីរកម្រិត	\$50
បីកម្រិត	\$65
Lenticular	\$100
កញ្ចក់ឡិនស៍ Progressive	\$50
ស៊ុម	\$70
កញ្ចក់ឡិនស៍ជាជម្រើស ជំនួសឱ្យឡិនស៍ ឬ ស៊ុម	\$105



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) / prescription, deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). No charge for contraceptives. Subject to formulary guidelines.
	Preferred generic drugs	\$8 (retail); \$3 (mail order) / prescription		
	Preferred brand drugs	\$25 (retail); \$20 (mail order) / prescription	\$30 (retail) / prescription, deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines.
	Non-preferred drugs	\$50 (retail); \$45 (mail order) / prescription	\$55 (retail) / prescription, deductible does not apply.	Up to a 30-day supply (retail); up to a 90-day supply (mail order). Subject to formulary guidelines .
	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
	Physician/surgeon fees	No charge	20% coinsurance	None
If you need immediate medical	Emergency room care	\$200 / visit	\$200 / visit, 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.

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)	
attention				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 needs	Home health care	No charge	20% coinsurance	Preauthorization required
	Rehabilitation 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 Habilitation services : Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required or will not be covered. Limits are combined with in and out-of-network provider networks .
	Habilitation services	Outpatient: No charge	Outpatient: \$15 / visit, then	Combined with Re habilitation services :

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)	
		Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission	20% coinsurance Inpatient: \$100 / day up to \$500 / admission, then 20% coinsurance	Outpatient: 60 visit limit / year. Inpatient: 60-day limit / year, preauthorization required or will not be covered. 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	Not covered	Not covered	None
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	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 .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Children's glasses • Cosmetic surgery • Dental care (Adult and child) • Hearing aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Infertility treatment • Long-term care • Non-emergency care when traveling outside the U.S. • Private-duty nursing 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine eye care (Adult) • 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	• Chiropractic care (20 visit limit / year)

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 No

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 (Deitsch): Fer Hilf griegie in Deitsch, 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: 08/01/2026 – 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 ប៉ុន្តែអ្នកអាចទិញការធានារ៉ាប់រងបុគ្គលតាមរយៈទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាពបាន។ 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។ គេហទំព័រខិតាស "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), គ្មានបុគ្គលណាមួយត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែការប្រមូលទាំងនោះបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យនៃការិយាល័យគ្រប់គ្រង និងថវិកា (OMB) ដែលមានសុពលភាព។ ក្រសួងកាត់បន្ថយចំណាយសហព័ន្ធមិនអាចដឹកនាំ ឬឧបត្ថម្ភការប្រមូលព័ត៌មានបានទេ ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបានអនុម័តដោយ OMB ក្រោម PRA ហើយបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពបច្ចុប្បន្ន ហើយសាធារណជនមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មាន ប្រសិនបើវាមិនបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពបច្ចុប្បន្នទេ។ សូមមើល 44 U.S.C. 3507។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ទោះបីជាមានចែងនៃបញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃច្បាប់ក៏ដោយ ក៏គ្មាន នរណាម្នាក់ត្រូវទទួលបានការពិន័យចំពោះការមិនគោរពតាមការប្រមូលព័ត៌មាននោះដែរ ប្រសិនបើការប្រមូលព័ត៌មានមិនបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែល មានសុពលភាពបច្ចុប្បន្ន។ សូមមើល 44 U.S.C. 3512។

បន្ទុកនៃការរាយការណ៍ជាសាធារណៈសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាជាមធ្យមប្រហែលប្រាំពីរនាទីសម្រាប់អ្នកឆ្លើយតបមួយនាក់។ ភាគីដែលចាប់អារម្មណ៍ត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យផ្ញើមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងការប៉ាន់ប្រមាណបន្ទុក ឬទិដ្ឋភាពផ្សេងទៀតនៃការប្រមូលព័ត៌មាននេះ រួមទាំង ការផ្តល់យោបល់សម្រាប់កាត់បន្ថយបន្ទុកនេះទៅកាន់ក្រសួងការងារសហរដ្ឋអាមេរិក រដ្ឋបាលសន្តិសុខអត្ថប្រយោជន៍និយោជិត ការិយាល័យគោល នយោបាយ 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 of Washington		 KAISER PERMANENTE®
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	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។