



Serenity Care Health Group

កម្មវិធីបញ្ជូនថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព

គ្លីនិក Serenity Care Health Group មានគោលបំណងផ្តល់នូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបឋមដែលមានគុណភាពខ្ពស់បំផុតសម្រាប់អ្នកជម្ងឺទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីពួកគេមានលក្ខណៈបង់ថ្លៃសេវានោះ ឬទេ។ មាត្រដ្ឋានបញ្ជូនថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព និងថ្លៃសេវាកម្មសុខភាពដើមនឹងត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជម្ងឺដែល គ្មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយមិនមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ស្នើសុំ Medicaid ឬ Medicare ទេ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយ នៅពេលដែលធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេមិនគ្របដណ្តប់លើសេវាណាមួយ និងសម្រាប់ថ្លៃចែករំលែកចំពោះអ្នកជម្ងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងហើយ មានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ជូនថ្លៃ។ គ្លីនិក SCHG នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជម្ងឺទាំងអស់អំពីការបញ្ជូនថ្លៃតាមរយៈទម្រង់បែបបទនៃកំណត់ត្រាសុខភាព ឬនៅកន្លែងសាធារណៈ។

អ្នកត្រូវតែជាអ្នកជម្ងឺដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីស្នើសុំការបញ្ជូនថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព។ អ្នកជម្ងឺដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ គឺបុគ្គល ឬគ្រួសារដែលមាន ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ មិនលើសពី 200% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន ដែលបានចេញផ្សាយដោយនាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាកម្ម មនុស្ស ("DHHS")។ បុគ្គលិកការិយាល័យខាងមុខ និង/ឬបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពផ្សេងទៀត នឹងជួយអ្នកជម្ងឺក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំ ហើយនឹងប្រមូលឯកសារផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយពីអ្នកជម្ងឺ។ ការបំពេញទម្រង់បែបបទ និង ការប្រមូលនៅឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល នឹងត្រូវ កើតឡើងមុនពេលគ្លីនិក SCHG ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកជម្ងឺ ឬក្រោយពេលបើសមហេតុផល ប៉ុន្តែតែងតែមុនពេលការអនុវត្តការបញ្ជូនថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខ ភាព ។

ការបញ្ជូនថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាពនឹងត្រូវបានពិនិត្យជាដៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំថ្មី និងការប្រមូលឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលនឹងត្រូវបានទាមទារពីអ្នកជម្ងឺ ជាដៀងរាល់ឆ្នាំ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ (ឧ. ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងស្ថានភាពប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជម្ងឺ)។ ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងឯកសារទាំងអស់ នឹងត្រូវបានបញ្ជូលទៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាព របស់អ្នកជម្ងឺ។

មិនថាអ្នកជម្ងឺមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ជូនថ្លៃ ឬទេ, ប្រសិនបើអ្នកជម្ងឺដែលមិនមានសមត្ថភាពបង់ប្រាក់លើថ្លៃសេវាកម្មសុខភាព នោះការគិតថ្លៃសេវានឹងត្រូវបានលើកលែង ឬកាត់បន្ថយក្នុងកម្រិតចាំបាច់ដើម្បីធានាថាអ្នកជម្ងឺនោះអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ការសម្រេចចិត្តនេះនឹងត្រូវធ្វើ ឡើងតាមករណីផ្អែកលើការកំណត់នៃតម្រូវការជាលក្ខណៈបុគ្គល។

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំការបញ្ជូនថវិកានៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព

I. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

II. ព័ត៌មានអំពីទំហំគ្រួសារ* (*សមាជិកគ្រួសារគឺរួមបញ្ចូលមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះតែមួយជាមួយអ្នក ដែលមានទំនាក់ទំនងដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពជាដៃគូស្របច្បាប់ ឬកូនចិញ្ចឹម) សូមរាយឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារទាំងអស់របស់អ្នក រួមទាំងខ្លួនអ្នកផងនៅខាងក្រោម។

	ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
1.				5.			
2.				6.			
3.				7.			
4.				8.			

III. ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារ*

សូមរាយប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលទាំងអស់របស់សមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងខ្លួនអ្នកផង។

មនុស្សពេញវ័យគឺមនុស្សអាយុ១៨ឆ្នាំឡើងទៅ។ សូមភ្ជាប់នៅការបញ្ជាក់ពីប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយៗ។ សូមមើលឯកសារយោងសម្រាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលដែលអាចទទួលយកបាន។

ឈ្មោះ	ទំនាក់ទំនង	ប្រភពនៃប្រាក់ចំណូល	ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបាន	ភាពញឹកញាប់ (ឧ. ប្រចាំសប្តាហ៍, រាល់ពីរសប្តាហ៍, ប្រចាំខែ, ប្រចាំឆ្នាំ)	សម្រាប់ការិយាល័យប្រើតែប៉ុណ្ណោះសរុប

សេចក្តីប្រកាស ៖ ការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ គឺជាការចាំបាច់សម្រាប់ការចូលរួមក្នុងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់គ្លីនិក។ ខ្ញុំបានជ្រាបថាគ្លីនិកមិនអាចធានាថាសេវាកម្មសុខភាពដែលផ្តល់នៅក្រុមគ្លីនិក Serenity Care Health Group គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះវិក្កយបត្របង់ប្រាក់ពីការទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមិនត្រូវបានផ្តល់ដោយគ្លីនិក Serenity Care Health Group។

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

SCHG

មាត្រដ្ឋានបញ្ចុះតម្លៃសេវាពិនិត្យសុខភាព ឆ្នាំ 2024

		គោលការណ៍ណែនាំនៃសហគ្រាសកម្រិត	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន I 0%-100%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន II 101%-125%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន III 126%-150%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន IV 151%-175%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន V 176%-200%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន VI លើសពី 200%				
អង្គការបញ្ចុះតម្លៃ សេវាកម្ម សុខភាព	វេជ្ជសាស្ត្រ		តម្លៃដើម \$10	\$15	\$20	\$25	\$30	តម្លៃពេញ				
	សុខភាពអាមេរិក		តម្លៃដើម \$10	\$15	\$20	\$25	\$30	តម្លៃពេញ				
	សេវាកម្មបន្ថែមផ្សេងទៀត		អ្នកជម្ងឺបង់ 20%	70% (អ្នកជម្ងឺបង់ 30%)	60% (អ្នកជម្ងឺបង់ 40%)	50% (អ្នកជម្ងឺបង់ 50%)	40% (អ្នកជម្ងឺបង់ 60%)	100%				
ទំហំគ្រួសារ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ											
1	\$15,060	0 - \$15,060	\$15,061	\$18,825	\$18,826	\$22,590	\$22,591	\$26,355	\$26,356	\$30,120	\$30,121	+
2	\$20,440	0 - \$20,440	\$20,441	\$25,550	\$25,551	\$30,660	\$30,661	\$35,770	\$35,771	\$40,880	\$40,881	+
3	\$25,820	0 - \$25,820	\$25,821	\$32,275	\$32,276	\$38,730	\$38,731	\$45,185	\$45,186	\$51,640	\$51,641	+
4	\$31,200	0 - \$31,200	\$31,201	\$39,000	\$39,001	\$46,800	\$46,801	\$54,600	\$54,601	\$62,400	\$62,401	+
5	\$36,580	0 - \$36,580	\$36,581	\$45,725	\$45,726	\$54,870	\$54,871	\$64,015	\$64,016	\$73,160	\$73,161	+
6	\$41,960	0 - \$41,960	\$41,961	\$52,450	\$52,451	\$62,940	\$62,941	\$73,430	\$73,431	\$83,920	\$83,921	+
7	\$47,340	0 - \$47,340	\$47,341	\$59,175	\$59,176	\$71,010	\$71,011	\$82,845	\$82,846	\$94,680	\$94,681	+
8	\$52,720	0 - \$52,720	\$52,721	\$65,900	\$65,901	\$79,080	\$79,081	\$92,260	\$92,261	\$105,440	\$105,441	+
សម្រាប់គ្រួសារជាមួយមនុស្សច្រើនជាង ៨ នាក់ឡើងទៅ សូមប្តូរកម្រិត \$5,380 ទៅប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់រាល់មនុស្សបន្ថែម ។												

សម្រាប់ការកម្រិតបញ្ចុះតម្លៃដោយមិនមានការគ្របដណ្តប់ដោយធានារ៉ាប់រង ឬកម្មវិធីពិសេសណាមួយ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការបញ្ចុះតម្លៃអ្នកលើប្រាក់ចំណូលសរុប និងទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក។

ការបង់ប្រាក់គឺត្រូវបានស្នើសុំនៅថ្ងៃប្រើសេវាកម្មសុខភាព។