Serenity Care Health Group

កម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព

គ្លីនិក Serenity Care Health Group មានគោលបំណងផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកជម្ងឺទាំងអស់ទោះបីជាអ្នកមិនមានលទ្ធភាពបង់ក៏ដោយ, សេវាកម្មរួមមានសេវាពិនិត្យសុខភាពទូទៅ ពេទ្យកុមារ ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ពិនិត្យថែទាំធ្មេញ ការចាប់សរសៃ ការចាក់ម្ជុលវេជ្ជសាស្ត្រ ការពិនិត្យសុខភាពភ្នែកវីដេអូ។ ការកំណត់តម្លៃសេវាតាមកម្រិតចំណូល និងចំហាំត្រួសារ គឺជាសេវាកម្មអនុវត្តចំពោះអ្នកជម្ងឺដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាព ហើយមិនមានលក្ខណៈ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ស្នើរសុំ Medicaid ឬ Medicare ទេ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយនៅពេលដែលធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេមិនគ្រប់ដណ្តប់លើសេវាណាមួយ និងសម្រាប់តម្លៃចែករំលែកចំពោះអ្នកជម្ងឺដែលមានធានារ៉ាប់រងហើយមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ។ គ្លីនិក SCHG នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជម្ងឺទាំងអស់អំពីការបញ្ចុះតម្លៃ។ គ្លីនិក SCHG នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជម្ងឺទាំងអស់អំពីការបញ្ចុះតម្លៃតាមរយៈទម្រង់បែបបទនៃកំណាត់ត្រាសុខភាព ឬនៅកន្លែងសាធារណៈ។

អ្នកត្រូវតែជាអ្នកជម្ងឺដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃថ្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព។ អ្នកជម្ងឺដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ គឺបុគ្គល ឬគ្រួសារដែលមានប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ មិនលើសពី 200% នៃគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធបច្ចុប្បន្ន ដែលបានចេញផ្សាយដោយនាយកដ្ឋានសុខភាព និងសេវាកម្មមនុស្ស ("DHHS")។ បុគ្គលិកការិយាល័យខាងមុខ និង/ឬបុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពផ្សេងទៀត នឹងជួយអ្នកជម្ងឺក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំ ហើយនឹងប្រមូលឯកសារផ្សៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយពីអ្នកជម្ងឺ។ ការបំពេញទម្រង់បែបបទ និង ការប្រមូលនៅឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល នឹងត្រូវកើតឡើងមុនពេលគ្លីនិក SCHG ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកជម្ងឺ ឬក្រោយពេលបើសមហេតុផល ប៉ុន្តែតែងតែមុនពេលការអនុវត្តការបញ្ចុះតម្លៃនៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព ។

ការបញ្ចុះតម្លៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាពនឹងត្រូវបានពិនិត្យជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំថ្មី និងការប្រមូលឯកសារបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលនឹងត្រូវបានទាមទារពីអ្នកជម្ងឺជារៀងរាល់ឆ្នាំ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ (ឧ. ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងស្ថានភាពប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកជម្ងឺ)។ ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូល និងឯកសារទាំងអស់នឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាព របស់អ្នកជម្ងឺ។

មិនថាអ្នកជម្ងឺមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបញ្ចុះតម្លៃ ឬទេ, ប្រសិនបើអ្នកជម្ងឺដែលមិនមានសមត្ថភាពបង់ប្រាក់លើថ្លៃសេវាកម្មសុខភាព នោះការគិតថ្លៃសេវានឹងត្រូវបានលើកលែង ឬកាត់បន្ថយក្នុងកម្រិតចាំបាច់ដើម្បីធានាថាអ្នកជម្ងឺនោះអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ការសម្រេចចិត្តនេះនឹងត្រូវធ្វើឡើងតាមករណីផ្អែកលើការកំណត់នៃតម្រូវការជាលក្ខណៈបុគ្គល។

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំការបញ្ចុះតម្លៃនៃសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព

I. ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យ: _____ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:_____

II. ព័ត៌មានអំពីចំហាំគ្រួសារ* (*សមាជិកគ្រួសារគឺរួមបញ្ចូលមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះតែមួយជាមួយអ្នក ដែលមានទំនាក់ទំនងដោយកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពជាដៃគូស្របច្បាប់ ឬកូនចិញ្ចឹម) សូមរាយឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ**ទាំងអស់**របស់អ្នក រួមទាំងខ្លួនអ្នកផងនៅខាងក្រោម។

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

III. ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូលរបស់គ្រួសារ*

សូមរាយប្រភពនៃប្រាក់ចំណូលទាំងអស់របស់សមាជិកមនុស្សពេញវ័យនៃគ្រួសាររបស់អ្នក រួមទាំងខ្លួនអ្នកផង។

មនុស្សពេញវ័យគឺមនុស្សអាយុ១៨ឆ្នាំឡើងទៅ។ សូមភ្ជាប់នៅការបញ្ជាក់ពីប្រភពប្រាក់ចំណូលនីមួយ។ សូមមើលឯកសារយោងសម្រាប់ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូលដែលអាចទទួលយកបាន។

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

<u>សេចក្តីប្រកាស</u> ៖ ការបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះ គឺជាការចាំបាច់សម្រាប់ការចូលរួមក្នុងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់គ្លីនិក។ ខ្ញុំបានជ្រាបថាគ្លីនិកមិនអាចធានាថាសេវាកម្មសុខភាពដែលផ្តល់នៅក្រៅគ្លីនិក Serenity Care Health Group គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះវិក្កយបត្របង់ប្រាក់ពីការទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលមិនត្រូវបានផ្តល់ដោយគ្លីនិក Serenity Care Health Group។

_____ _____

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

SCHG

មាត្រដ្ឋានបញ្ចុះតម្លៃសេវាពិនិត្យសុខភាព ឆ្នាំ 2026

អត្រាបញ្ចុះតម្លៃ	គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន I 0%-100%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន II 101%-125%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន III 126%-150%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន IV 151%-175%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន V 176%-200%	ការបង់ប្រាក់ដោយខ្លួន VI លើសពី 200%
	សុខភាពទូទៅ	តម្លៃ $10	$15	$20	$25	$30	តម្លៃពេញ
	សុខភាពផ្លូវចិត្ត	តម្លៃ $10	$15	$20	$25	$30	តម្លៃពេញ
	ការចាប់សរសៃ / ការចាក់ម្ជុលវេជ្ជសាស្ត្រ	តម្លៃ $30	$45	$60	$75	$90	តម្លៃពេញ
	ពិនិត្យថែទាំធ្មេញ (ពិនិត្យ +ថតកាំរស្មីអ៊ិច)	តម្លៃ $40	$55	$70	$85	$100	តម្លៃពេញ
	ទស្សន៍/ភ្នែក (ការពិនិត្យពិនិត្យស្រមាប់ភ្នែក)	តម្លៃ $40	$55	$70	$85	$100	តម្លៃពេញ
	ពិនិត្យធ្មេញផ្សេងទៀត	40% នៃការិភាគថ្លៃសេវា	45% ការិភាគថ្លៃសេវា	55% ការិភាគថ្លៃសេវា	65% ការិភាគថ្លៃសេវា	75% ការិភាគថ្លៃសេវា	តម្លៃពេញ
	សេវាកម្មមន្ទីរពិសោធន៍ខាងក្រៅពេទ្យ	ថ្លៃដើម	ថ្លៃដើម	ថ្លៃដើម	ថ្លៃដើម	ថ្លៃដើម	ថ្លៃដើម

ទំហំគ្រួសារ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ										
1	$15,960	0 - $15,960	$15,961	$19,950	$19,951	$23,940	$23,941	$27,930	$27,931	$31,920	$31,921 +
2	$21,640	0 - $21,640	$21,641	$27,050	$27,051	$32,460	$32,461	$37,870	$37,871	$43,280	$43,281 +
3	$27,320	0 - $26,860	$27,321	$34,150	$34,151	$40,980	$40,981	$47,810	$47,811	$54,640	$54,641 +
4	$33,000	0 - $33,000	$33,001	$41,250	$41,251	$49,500	$49,501	$57,750	$57,751	$66,000	$66,001 +
5	$38,680	0 - $38,680	$38,681	$48,350	$48,351	$58,020	$58,021	$67,690	$67,691	$77,360	$77,361 +
6	$44,360	0 - $44,360	$44,361	$55,450	$55,451	$66,540	$66,541	$77,630	$77,631	$88,720	$88,721 +
7	$50,040	0 - $50,040	$50,041	$62,550	$62,551	$75,060	$75,061	$87,570	$87,571	$100,080	$100,081 +
8	$57,720	0 - $55,720	$55,721	$69,650	$69,651	$83,580	$83,581	$97,510	$97,511	$111,440	$111,441 +

សម្រាប់គ្រួសារ/ផ្ទះដែលមានមនុស្សលើសពី 8 នាក់ សូមបន្ថែម $5,680 លើប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ

សម្រាប់ការមកជួបគ្រូពេទ្យដោយមិនមានការគ្របដណ្តប់ដោយធានារ៉ាប់រង ឬកម្មវិធីពិសេសណាមួយ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនការបញ្ចុះតម្លៃផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលសរុប និងទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក។

ការបង់ប្រាក់គឺត្រូវបានស្នើសុំនៅថ្ងៃប្រើសេវាកម្មសុខភាព។