

# សំណងថ្លៃចំណាយធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ

## សេវាឯកទេសមួយចំនួនក្នុងតំបន់របស់អ្នក

បើអ្នកគឺជាសមាជិកម្នាក់នៃ Kaiser Permanente Northern California ហើយអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំសុខភាពមួយចំនួន ដែលមានចម្ងាយ 50ម៉ាយល៍ ឬក៏ច្រើនជាងនេះ ពីផ្ទះរបស់អ្នក នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក យើងនឹងសងជូនអ្នកនូវថ្លៃចំណាយធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យមួយចំនួន។

## បញ្ជីពិនិត្យអំពីភាពទទួលសិទ្ធិ

សូមចាប់ផ្តើម ដោយឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម ដើម្បីឈ្លងយល់ថា តើ អ្នកទទួលសិទ្ធិស្នើសុំសំណងថ្លៃធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យទេ ក្រោមកម្មវិធីសេវាឯកទេសមួយចំនួន។

តើផ្ទះរបស់សមាជិកស្ថិតក្នុងតំបន់ Northern California ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើសេវានោះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុង Northern California ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើសេវាដែលអ្នកទទួលបាននោះ គឺជាសេវាឯកទេសដែលបានទទួលសិទ្ធិដូចបានរាយខាងក្រោមដែរឬទេ? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការវះកាត់ព្យាបាលរោគធាត់ពោក</li> <li>• ការវះកាត់ក្រពះស្លុកស្នាញ</li> <li>• ការវះកាត់ដើមទ្រូងស្លុកស្នាញ</li> <li>• អ្នកជំងឺជាកុមារឈឺរ៉ាំរ៉ៃទូទៅត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏អ្នកជំងឺជាកុមារដែលមានជំងឺពិសេសត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដោយមិនរួមបញ្ចូលការអនុញ្ញាតដោយផ្ទាល់ឱ្យចូលផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ទារកទើបកើត (NICU) និងផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់កុមារ (PICU)</li> <li>• ផ្នែកឈាម/ដុះដុះសាច់កុមារព្យាបាលក្រោមមន្ទីរពេទ្យ</li> <li>• ការព្យាបាលដោយប្រើគីមីដែលត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ជំងឺមហារីកឈាម/ដុះសាច់</li> <li>• ឧបករណ៍ជំនួយចតបេះដូងខាងឆ្វេង, ចតបេះដូងខាងស្តាំ ឬក៏ចង្វាក់បេះដូង (LVAD, RVAD, BiVAD)</li> <li>• ការវះកាត់ប្តូរតម្រងនោម</li> </ul>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើសមាជិកនេះត្រូវបានបញ្ជូនទៅទទួលសេវាពីវេជ្ជបណ្ឌិត Kaiser Permanente ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើសេវាដែលសមាជិកនេះបានទទួល ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងចម្ងាយ 50ម៉ាយល៍ ឬក៏ច្រើនជាងនេះ ពីផ្ទះរបស់ពួកគេ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកអាចប្រគល់ឯកសារសម្របសម្រួលនៃថ្លៃចំណាយលើការធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ ដូចជាបង្កាន់ដៃតាមមុខចំណាយដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ

បើអ្នកបានឆ្លើយ "ទេ" ចំពោះសំណួរខាងលើណាមួយ អ្នកមិនទទួលសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីនេះទេ ហើយមិនត្រូវស្នើសុំសំណងប្រាក់ដោយប្រើទម្រង់បែបបទពាក្យសុំដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយនោះទេ។

សូមចូលមើល [kp.org/specialty-care/travel-reimbursements](http://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements) សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យផ្សេងទៀត ដែលអាចមាន។

បើអ្នកបានឆ្លើយ "បាទ/ចាស" ចំពោះសំណួរខាងលើ "ទាំងអស់" អ្នកបានទទួលសិទ្ធិសម្រាប់សំណងថ្លៃធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ ក្រោមកម្មវិធីសេវាឯកទេសមួយចំនួន ហើយអាចប្រគល់ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ។ សូមប្រាកដថា អានសំណួរដែលបានសួរពាក់ព័ន្ធនឹងការស្នាក់អាស្រ័យ មុនពេលបំពេញពាក្យសុំនេះ។ អ្នកអាចរកឃើញព័ត៌មានច្រើនទៀតនៅ [kp.org/specialty-care/travel-reimbursements](http://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements)។

(បន្តលើទំព័របន្ទាប់)

# សំណរដែលបានសរពើកញ្ចប់អំពីសំណងថ្លៃ ធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ

## តើខ្ញុំអាចប្រគល់ការប្តឹងទាមទារដោយរបៀបណា?

- បំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំសំណង ដែលបានរួមបញ្ចូលក្នុងកញ្ចប់របស់អ្នក។
- ដើម្បីជៀសវាងការពន្យារពេល យើងត្រូវការសំណរ អត្តសញ្ញាណត្រឹមត្រូវនៃឈ្មោះពេញរបស់អ្នក និង អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ព្រមទាំង លេខទូរសព្ទដូចក្នុងប្រព័ន្ធ។ សូមប្រាកដថា មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវា សមាជិក មានអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រនៃគេហដ្ឋាន បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាសមាជិក ដើម្បី ផ្ញើសំបុត្រ ឬក៏ផ្តល់អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ របស់អ្នក តាមលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ម៉ោង ក្នុងមួយថ្ងៃ, 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក)។ មូលប្បទានបត្រអាច ផ្ញើតាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍តែទៅអាសយដ្ឋានដែល អ្នកមានក្នុងប្រព័ន្ធប៉ុណ្ណោះ។
- ប្រគល់ច្បាប់ដើមនៃបង្កាន់ដៃចំណាយតាមមុខ ជាមួយទម្រង់បែបបទស្នើសុំរបស់អ្នក ព្រមទាំង រក្សាសំណើចម្លងមួយច្បាប់សម្រាប់ជាក់ណត់ត្រា របស់អ្នក។ សូមផ្តល់ច្បាប់ដើមនៃបង្កាន់ដៃចំណាយ តាមមុខសម្រាប់សេវាផ្សេងៗ (ឧទាហរណ៍ សូមប្រគល់ច្បាប់ដើមនៃវិក្កយបត្រតាមមុខ ពីសណ្ឋាគារ ជាជាងបង្កាន់ដៃបណ្ណុតណទាន ឬក៏របាយការណ៍បណ្ណុតណទាន)។

## តើការចំណាយអ្វីខ្លះដែលអាចទទួលសំណងប្រាក់វិញ?

- ការចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យដែល ទទួលសិទ្ធិ ដូចបានកត់សម្គាល់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ជាមួយនិងបង្កាន់ដៃតាមមុខចំណាយ សម្រាប់សេវា ឯកទេសមួយចំនួន ដែលបានផ្តល់ជូនក្នុងចម្ងាយ 50ម៉ាយល៍ ឬក៏ច្រើនជាងនេះ ពីផ្ទះរបស់សមាជិក
- ការធ្វើដំណើរទៅមកសម្រាប់អ្នក និងអ្នកផ្តល់ ការថែទាំ/អ្នកអមដំណើរ ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកន្លែង ដែលបានបញ្ជូនទៅ ដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់ដល់ទៅ \$200 ក្នុងដំណើរមួយដើរទៅមក សម្រាប់ការធ្វើដំណើរ ដែលមានលក្ខណៈចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ មុនពេលផ្តល់សេវា, ក្នុងពេលផ្តល់សេវា និងក្រោយ ពេលផ្តល់សេវា\*
- ការស្នាក់អាស្រ័យសម្រាប់អ្នក និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំ/ អ្នកអមដំណើរ សម្រាប់ 1 បន្ទប់ បូកពន្ធ ដល់ទៅ \$150 ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់រយៈពេលដែលបានបញ្ជាក់ ក្នុងឯកសារបញ្ជូនអ្នកទៅ

## តើការចំណាយអ្វីខ្លះដែលមិនអាចទទួល សំណងប្រាក់វិញ?

- ការចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ សម្រាប់ការទទួលសេវា ដែលមានចម្ងាយតិច ជាង 50ម៉ាយល៍ ពីផ្ទះរបស់សមាជិក
- ការចំណាយថ្លៃធ្វើដំណើរនិងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់អ្នកផ្តល់ការថែទាំ/អ្នកអមដំណើរ លើសពី 1 នាក់
- អាហារឬភេសជ្ជៈ
- ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា និងរបស់ថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន
- ការធ្វើដំណើរប្រចាំថ្ងៃទៅមកពីកន្លែងដែលបាន បញ្ជូនទៅ\*
- ការហៅទូរសព្ទ និងសេវាអ៊ីនធើណិត
- ការចំណាយថ្លៃស្នាក់អាស្រ័យ ក្រៅពីបន្ទប់និងពន្ធ ដូចជាសេវាក្នុងបន្ទប់, មិនីបារ និងភាពយន្ត




## តើខ្ញុំនឹងទទួលមូលប្បទានបត្រសំណងប្រាក់ របស់ខ្ញុំនៅពេលណា?

- យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានបត្រសំណងប្រាក់ជូនអ្នក ប្រហែល 8 សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីយើងទទួលឯកសារ ដែលចាំបាច់ទាំងអស់។
- យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានបត្រមួយទៅអាសយដ្ឋាន ដែលអ្នកមាននៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់មជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាសមាជិក។
- បើអ្នកផ្តល់ការថែទាំ/អ្នកអមដំណើរទទួល សំណងប្រាក់ដែរ ប្រាក់នោះនឹងរួមបញ្ចូលក្នុង មូលប្បទានបត្រនោះដែរ។
- អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការសងប្រាក់ ដល់អ្នកផ្តល់ការថែទាំ/អ្នកអមដំណើរនោះ។

\*បើអ្នកគឺជាសមាជិក Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសនៃការធ្វើដំណើរជាច្រើន ដែលអ្នកអាចរកបាន។ សូមហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាសមាជិកតាមលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។

(បន្តលើទំព័របន្ទាប់)

## សម្រាប់ជំនួយផ្សេងទៀត

<p> សម្រាប់សំណួរទូទៅពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យ ឬក៏ទម្រង់បែបបទនៃសំណងប្រាក់៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យតាមលេខ <b>510-987-4650</b>។</p>	<p> ដើម្បីពិនិត្យស្ថានភាពនៃសំណងប្រាក់របស់អ្នក៖</p> <p>បើអ្នកមិនបានទទួលសំណងប្រាក់របស់អ្នក 8 សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលលិខិតយល់ព្រមលើសំណងប្រាក់របស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យតាមលេខ <b>510-987-4650</b>។</p>
<p> សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅ <a href="http://kp.org/specialty-care/travel-reimbursements">kp.org/specialty-care/travel-reimbursements</a>។</p>	



**Kaiser Permanente Northern California**  
 ទម្រង់បែបបទសំណើសំណងថ្លៃធ្វើដំណើរនិង  
 ការស្នាក់អាស្រ័យ សម្រាប់សេវាឯកទេសមួយចំនួន

ប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីស្នើសំណងថ្លៃចំណាយការធ្វើដំណើរនិងការស្នាក់អាស្រ័យដែលទទួលសិទ្ធិសម្រាប់សេវាឯកទេសមួយចំនួន ដូចបានកត់សម្គាល់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ។ សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមសម្រាប់សមាជិកដែលបានទទួលសេវាដែលទទួលសិទ្ធិ។

<b>ឈ្មោះសមាជិក៖</b>		<b>ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖</b>
<b>អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រ៖</b>		
<b>ទីក្រុង/រដ្ឋ/កូដ ZIP៖</b>		<b>អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖</b>
<b>លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ៖</b>	<b>លេខទូរសព្ទ៖</b>	<b>លេខផ្សេងទៀត៖</b>
<b>ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានផ្តល់សេវា៖</b>		
<b>កន្លែងដែលសេវាត្រូវបានផ្តល់ជូន៖</b>		
<b>ឈ្មោះនិងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នកគ្រប់គ្រងករណី/ការថែទាំ៖</b>		
<b>ជ្រើសប្រភេទនៃសេវាដែលបានទទួល (ត្រូវតែរាយសេវាខាងក្រោម ដើម្បីអាចទទួលសិទ្ធិសម្រាប់សំណងប្រាក់)៖</b> <input type="checkbox"/> ការវះកាត់ព្យាបាលរោគធាត់ពោក <input type="checkbox"/> ការវះកាត់ក្រពះស្លុកស្អាញ <input type="checkbox"/> ការវះកាត់ដើមទ្រូងស្លុកស្អាញ <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលដោយប្រើកិមីដែលត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ជំងឺមហារីកឈាម/ដុះសាច់ <input type="checkbox"/> អ្នកជំងឺជាកុមារឈឺរ៉ាំរ៉ៃទៅត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏អ្នកជំងឺជាកុមារដែលមានជំងឺពិសេសត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ (ដោយមិនរួមបញ្ចូលការអនុញ្ញាតដោយផ្ទាល់ឱ្យចូល NICU និង PICU) <input type="checkbox"/> ផ្នែកឈាម/ដុះដុះសាច់កុមារព្យាបាលក្រោមមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍ជំនួយថតបេះដូងខាងឆ្វេង, ថតបេះដូងខាងស្តាំ ឬក៏ចង្កាក់បេះដូង (LVAD, RVAD, BiVAD) <input type="checkbox"/> ការវះកាត់ប្តូរតម្រងនោម		<b>គោលបំណងនៃការទៅ (ជ្រើសចំណុចទាំងអស់ឱ្យតែត្រូវ)៖</b> <input type="checkbox"/> ការពិគ្រោះ <input type="checkbox"/> ការព្យាបាល <input type="checkbox"/> ការវះកាត់ <input type="checkbox"/> ការតាមដាន <input type="checkbox"/> មុនវះកាត់ <input type="checkbox"/> ក្រោយវះកាត់
<b>តើសមាជិកបានស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយប់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ</b> <b>បើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់សមាជិកនោះ។</b> <b>កាលបរិច្ឆេទចូល៖</b> _____ <b>កាលបរិច្ឆេទចេញ៖</b> _____		
<b>កាលបរិច្ឆេទណាត់ជួបអ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ៖</b>		
<b>ការធ្វើដំណើរ (ត្រូវការបង្កាន់ដៃ)៖</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ទម្រង់នៃការធ្វើដំណើរ (ឧទា. ឡានបើស, ឡានជួល, ឡានផ្ទាល់ខ្លួន។ល។)៖ _____</li> <li>• តើការទៅមកប៉ុន្មានដងដែលសមាជិកបានធ្វើ រវាងផ្ទះនិងកន្លែងផ្តល់សេវាសម្រាប់ការព្យាបាល? _____</li> </ul>		
<b>ការស្នាក់អាស្រ័យ (ត្រូវការបង្កាន់ដៃ)៖</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• តើសមាជិកត្រូវការនូវការស្នាក់អាស្រ័យដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b> _____</li> <li>• តើអ្នកអមដំណើរ/អ្នកផ្តល់ការថែទាំសមាជិកត្រូវការនូវការស្នាក់អាស្រ័យដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b> _____</li> </ul> <b>ឈ្មោះរបស់អ្នកអមដំណើរ/អ្នកផ្តល់ការថែទាំ៖</b> _____		
<b>កាលបរិច្ឆេទណាត់ជួបចុងក្រោយ មុនពេលអនុញ្ញាតឱ្យត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញ៖</b> _____		
<b>កាលបរិច្ឆេទដែលសមាជិកបានត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញ៖</b> _____		
<b>ហត្ថលេខាសមាជិក៖</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b>	

សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះនិងច្បាប់ដើមនៃបង្កាន់ដៃចំណាយតាមមុខ ជូនអ្នកសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរ និងការស្នាក់អាស្រ័យរបស់យើងតាម៖

U.S. mail	Kaiser Permanente Attn: Travel & Lodging – Specialty Services 1950 Franklin Street, 8th Fl. Oakland, CA 94612
ផ្ញើអ៊ីមែលជាឯកសារ PDF	NCAL-TravelandLodging@kp.org
ទូរសារ	510-873-5388

