

កម្រងសំណួរសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនតែប៉ុណ្ណោះ

លេខសមាជិក	សមាជិកទី១ ប្រធានសហគមន៍	សមាជិកទី២	សមាជិកទី៣	សមាជិកទី៤	សមាជិកទី៥	សមាជិកទី៦	សមាជិកទី៧	
១. តើសមាជិកធ្លាប់មានជំងឺ ឬ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺដូចខាងក្រោមនេះទេ?								
សូមគូសរង្វង់លើចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ Y មានន័យថា ធ្លាប់/មាន N មានន័យថា មិនធ្លាប់/គ្មាន								
ក. ទម្រង់ណាមួយនៃមហារីក ជំងឺមហារីកនិងមហារីកគ្រាប់ឈាម?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ខ. ជំងឺសរសៃឈាម បេះដូង ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់ឬស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល ទឹកនោមផ្អែម?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
គ. Sclerosis, SLD (Lupus) ជំងឺផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ ឬដុះសាច់ក្នុងខួរក្បាល	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
ឃ. ការចុះខ្សោយ ឬជំងឺទៅលើសរីរាង្គសំខាន់ៗដូចជា៖ បេះដូង សួត តម្រងនោម ថ្លើម លំពែង	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
២. តើសមាជិកធ្លាប់បានព្យាបាល ឬផ្តល់ដំបូន្មានឱ្យធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គដូចជា (ខួរឆ្អឹង បេះដូង សួត តម្រងនោម ថ្លើម) ដែរឬទេ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

សូមមេត្តាប្រាប់ចម្លើយវិជ្ជមាន (ធ្លាប់/មាន) (Y) និងអាចឈានដល់ការមិនសងសំណងទៅលើសមាជិកនោះ។ ប្រសិនបើមានសមាជិកច្រើនជាង ៧នាក់ក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ សូមភ្ជាប់មកច្បាប់ផ្សេងៗ។

ការផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រង

១. តើអ្នកត្រូវបានធានាយ៉ាងហោចណាស់ចំនួន ៣ ឆ្នាំជាប់គ្នា (ដោយមិនមានការផ្អាកក្នុងការធានា) នៅក្រោមគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពអន្តរជាតិដែលស្រដៀងនេះដែរឬទេ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
២. តើអ្នកមានការបញ្ជាក់ថាមិនមានគម្លាតពេលវេលាណាមួយនៃការរ៉ាប់រងរវាងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីមុន និងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់យើងនោះទេ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
៣. តើអ្នកបញ្ជាក់បានទេថាអ្នកមិនមានគម្រោង ឬកំពុងតែត្រៀមទទួលការវះកាត់ ឬសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅពេលដែលកំពុងផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងដែរ ឬទេ?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
សូមបញ្ជាក់អំពីការមិនធានាសម្រាប់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក (វិញ្ញាបនបត្រ ធានារ៉ាប់រងពីមុន ត្រូវបានទាមទារ)										

សូមសម្គាល់ថា ចម្លើយ "មិនធ្លាប់/គ្មាន" (N) សម្រាប់សំណួរខាងលើ នឹងទទួលបានការបដិសេធសម្រាប់ការស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងចំពោះសមាជិកនោះ។

ម្ចាស់បណ្ណាល័យ ឬ ព័ត៌មានប្រធានសហគមន៍

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖

ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍៖ (សូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអាសយដ្ឋានលម្អិត)		
លេខទូរសព្ទលើតុ៖	លេខទូរសព្ទដៃ៖	
អ៊ីម៉ែល៖		
មុខរបរ៖	កម្ពស់ (cm)៖	ទម្ងន់ (kg)៖

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលលោកអ្នកទៅពិគ្រោះជាញឹកញាប់ ប្រសិនបើមាន៖

ឈ្មោះគ្លីនិក / មន្ទីរពេទ្យ៖

ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត៖

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសុខភាពជាគ្រុម ឬឯកជនផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកបានទិញ ប្រសិនបើមាន៖

ឈ្មោះគ្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖

ពិពណ៌នាអំពីការធានារ៉ាប់រង៖

ម្ចាស់បណ្ណាល័យ ឬ ព័ត៌មានប្រធានសហគមន៍ (សម្រាប់តែពាក្យស្នើសុំបន្ថែមសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ)

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖

ឈ្មោះពេញ៖ ជាអក្សរឡាតាំង៖

ចំនួនសមាជិកបន្ថែមសរុប៖ កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃការបន្ថែមសមាជិក(ថ្ងៃខែឆ្នាំ)៖

លក្ខណៈពិសេសរបស់ផលិតផល

ការធានា - ផលិតផលនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ធានាលើការព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យនិងព្យាបាលដោយការវះកាត់។
- គម្រោងធានារ៉ាប់រងដែលមានឈ្មោះថា “ធានារ៉ាប់រងសុខភាពគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល” ផ្តល់ការធានាលើការព្យាបាលដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចែងនូវតែប៉ុណ្ណោះ។
- គម្រោងធានារ៉ាប់រងដែលមានឈ្មោះថា “ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន” ផ្តល់ការធានាលើការព្យាបាលបណ្តាលមកពីជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ចែងនូវតែប៉ុណ្ណោះ។

មិនធានារ៉ាប់រង - ផលិតផលនេះ មិនផ្តល់ការធានាលើការថែទាំបឋម ទោះបីបានផ្តល់សេវាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស ឬវេជ្ជបណ្ឌិតទូទៅ។
- ផលិតផលនេះ មិនផ្តល់ការធានាលើការថែទាំធូញជាប្រចាំ។
- ផលិតផលនេះ មិនផ្តល់ការធានាលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរួមបញ្ចូលទាំង “ពិនិត្យសុខភាព”។
- ផលិតផលនេះ មិនផ្តល់ការធានាលើស្ថានភាពជំងឺដែលកំពុងបានកើតឡើង ជំងឺដែលមានស្រាប់ មុនកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការធានាឡើយ។
ការលើកលែងនៃការធានានេះនឹងត្រូវបានលុបចោល បន្ទាប់ពីទទួលបានការធានារយៈពេល ៣ឆ្នាំជាប់គ្នា។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ថា - ផលិតផលនេះអាចបន្តឡើងវិញជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ បុព្វលាភមិនត្រូវបានធានា និងមានការផ្លាស់ប្តូរ ជាមួយអាយុដែលទទួលបានជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ផលិតផលនេះនឹងតម្រូវឱ្យអតិថិជនចូលរួមចំណែកនៃការចំណាយការទាមទារសំណងទាំងអស់ដោយយោងតាមអតិប្បវិទ្យាដែលបានកំណត់ក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។
- តារាងរាយឈ្មោះស្ថានភាពជំងឺដែលមិនផ្តល់ការធានាក្នុងអំឡុងពេល ២៤ ខែ បន្ទាប់ពី កាលបរិច្ឆេទធានានៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
ឯកសារយោង សូមមើលនៅក្នុងសៀវភៅសមាជិក។
- លោកអ្នកអាចតម្កើងទឹកប្រាក់នៃការធានានៅក្នុងថ្ងៃបន្តសុពលភាពនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
ការតម្កើងនេះនឹងតម្រូវឱ្យអតិថិជនធ្វើការឆ្លើយសំណួរទាក់ទងនឹងបញ្ហាសុខភាព។
- តារាងរាយឈ្មោះស្ថានភាពជំងឺមួយចំនួននឹងត្រូវបានផ្តល់ការធានាតែមួយចំណែកប៉ុណ្ណោះក្នុងអំឡុងពេល៦ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការធានា។
- និយមន័យលក្ខខណ្ឌនិងលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងសៀវភៅសមាជិក

ជ្រើសរើសគម្រោង

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល				ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មូលដ្ឋាន	ស្តង់ដារ	ល្អប្រណិត	ល្អឯក	មូលដ្ឋាន	ស្តង់ដារ	ស្តង់ដារ +	ល្អប្រណិត	ល្អឯក

ជម្រើសនៃការបង់បុព្វលាភ

បង់ផ្តាច់ បង់ជាដំណាក់កាល៖ អតិថិជនយល់ព្រមបង់បុព្វលាភសរុបជា ៣ ដំណាក់កាល។
ដំណាក់កាលទី១ (៣៥%) គឺនៅថ្ងៃចាប់ផ្តើមនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដំណាក់កាលទី២ (៣៥%) គឺនៅខែទី៣ និងដំណាក់កាលទី៣ (៣០%) នៅខែទី៦ ។ ចំណាំ៖ បុព្វលាភ ២% នឹងត្រូវបន្ថែមទៅលើបុព្វលាភសរុប។

ការចាប់ផ្តើម

ចំនួនសមាជិកសរុបក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ: កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការធានា (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

ការទទួលស្គាល់

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា - រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ (ក) និងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ (ខ) ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយនេះ គឺពេញលេញ និងពិតប្រាកដគិតមកត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃពាក្យស្នើសុំនេះ និងនាពេលចាប់ផ្តើមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូននេះត្រូវបានបន្ថែម និងចាត់ចូលជាគោលការណ៍នៃកិច្ចសន្យារ៉ាប់រង។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ព្រមថា - ផ្តល់សិទ្ធិជូនគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬបុគ្គលណាមួយដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះយើងខ្ញុំ ត្រួតពិនិត្យយើងខ្ញុំ ឬត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិរក្សាទុកនូវរបាយការណ៍សុខភាព ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានណាមួយ ពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺ របួស ឬការព្យាបាលណាមួយជូនទៅឱ្យ FORTE ឬដៃគូរបស់ FORTE ដែលគ្រប់គ្រងលើសំណើទាមទារសំណងក្នុងនាមឱ្យ FORTE សម្រាប់គោលបំណងស៊ើបអង្កេតលើសំណើទាមទារនោះ។
- ប្រសិនបើមានការទាមទារសំណងក្នុងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង នោះនឹងមិនមានការផ្តល់បុព្វលាភវិញឡើយ។

ខ្ញុំ/យើងខ្ញុំយល់ថា - បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះមិនអាចធានាគ្រប់ដណ្តប់លើកុមារអាយុក្រោម ៦ឆ្នាំដោយឈរលើមូលដ្ឋាន ឯករាជ្យបាននោះទេ។
- ការអនុម័តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះមានសុពលភាពលុះណាតែបានបង់បុព្វលាភប្រចាំឆ្នាំគ្រប់ចំនួនរួចហើយនិងត្រូវស្របតាមការសម្រេចយល់ព្រមរបស់ FORTE។
- មិនមានការទទួលខុសត្រូវណាមួយនឹងត្រូវទទួលបានឡើយរហូតដល់ FORTE បានទទួលប្រាក់បុព្វលាភគ្រប់ចំនួន។
- បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាចនឹងត្រូវលុបចោល ប្រសិនបើ FORTE បានរកឃើញថាពាក្យស្នើសុំនេះផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតប្រាកដ។

ហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់ប័ណ្ណធានា ឬប្រធានសហគមន៍ (សម្រាប់ និងតំណាងឱ្យសមាជិកទាំងអស់ក្នុងសហគមន៍)	កាលបរិច្ឆេទ៖
---	--------------

ភ្នាក់ងារ / អន្តរការី / ល្អប្រណិត
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានពន្យល់យ៉ាងត្រឹមត្រូវទៅម្ចាស់ដែលកាន់ប័ណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ ប្រធានសហគមន៍ អត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗ លក្ខខណ្ឌ និងការលើកលែងសំខាន់ៗនៃផលិតផលនេះ។

ឈ្មោះ៖	ហត្ថលេខារបស់ភ្នាក់ងារ / អន្តរការី / ល្អប្រណិត	កាលបរិច្ឆេទ៖
--------	---	--------------

ព័ត៌មានសមាជិក ទី២

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	

ព័ត៌មានសមាជិក ទី៣

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	

ព័ត៌មានសមាជិក ទី៤

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	

ព័ត៌មានសមាជិក ទី៥

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	

ព័ត៌មានសមាជិក ទី៦

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	

ព័ត៌មានសមាជិក ទី៧

លេខសមាជិក៖		ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖	
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើរ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
លេខទូរសព្ទដៃ៖		អ៊ីម៉ែល៖	