

លក្ខណៈពិសេសរបស់ផលិតផល

ការធានា - ផលិតផលធានារ៉ាប់រងនេះត្រូវបានរៀបចំឡើងជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ធានាលើការព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងព្យាបាលដោយការវះកាត់។
- ការធានារ៉ាប់រងនេះមានចំនួនកំណត់ធានាលើការព្យាបាលជំងឺក្រៅ ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារប្រកួសទាំងការពិនិត្យសុខភាពផងដែរ។

មិនធានារ៉ាប់រង - ផលិតផលធានារ៉ាប់រងនេះមិនធានាលើការថែទាំជាប្រចាំលើសុខភាពមាត់ធ្មេញ និងការថែទាំភ្នែក(កាត់វែនតា ការព្យាបាលភ្នែកម្លប់...)ឡើយ។

ផ្សេងៗ - អត្ថប្រយោជន៍អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំគឺមានការកើនឡើងជាលំដាប់សម្រាប់ពីរឆ្នាំដំបូង។
- ផលិតផលនេះតម្រូវឱ្យអ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបង់ថ្លៃការចូលរួមចំណែកនៃការចំណាយដូចដែលបានបង្ហាញក្នុងសៀវភៅសមាជិក។
- យើងអាចតម្កើងកម្រិត ឬបន្ថយកម្រិតនៃការធានារបស់យើងបានតែនៅកាលបរិច្ឆេទខួបនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ហើយការតម្កើងកម្រិតត្រូវធ្វើឡើងដោយអនុលោមតាម បទប្បញ្ញត្តិ ដែលមានចែងលម្អិតនៅក្នុងអត្ថបទនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- រាល់ខសន្យា និងលក្ខខណ្ឌធានាត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងសៀវភៅសមាជិក។

ព័ត៌មានប្រធានសហគមន៍

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖	
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖	
អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍៖ (សូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីអាសយដ្ឋានលម្អិត)			
លេខទូរសព្ទលើកុះ		លេខទូរសព្ទផ្ទះ	
អ៊ីម៉ែល៖			
មុខរបរ៖	កម្ពស់ (cm)៖	ទម្ងន់ (kg)៖	

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលលោកអ្នកទៅពិគ្រោះជាញឹកញាប់ ប្រសិនបើមាន៖

ឈ្មោះគ្លីនិក / មន្ទីរពេទ្យ៖
ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត៖

សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងសុខភាពជាក្រុម ឬឯកជនផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកបានទិញ ប្រសិនបើមាន៖

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង និងបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖
ពិពណ៌នាអំពីការធានារ៉ាប់រង៖

ព័ត៌មានប្រធានសហគមន៍ (សម្រាប់តែពាក្យស្នើសុំបន្ថែមសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ)

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖	
ឈ្មោះពេញ៖	ជាអក្សរឡាតាំង៖
ចំនួនសមាជិកបន្ថែមសរុប៖	កាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃការបន្ថែមសមាជិក(ថ្ងៃខែឆ្នាំ)៖

សូមជ្រើសរើសគម្រោងសម្រាប់សហគមន៍របស់លោកអ្នក

ការព្យាបាលជំងឺដោយសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរួមទាំងមិនចាំបាច់សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក (ជំងឺក្រៅ)	ជម្រើសបន្ថែមសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ជំងឺក្រៅ+
<input type="checkbox"/> សូត្រ <input type="checkbox"/> គុជ <input type="checkbox"/> សំរិទ្ធ <input type="checkbox"/> ប្រាក់ <input type="checkbox"/> មាស <input type="checkbox"/> ពេជ្រ <input type="checkbox"/> ផ្កាល្វក	<input type="checkbox"/> ជ្រើសរើសយក <input type="checkbox"/> មិនជ្រើសរើសយក

ការចាប់ផ្តើម & ជម្រើសនៃការបង់បុព្វលាភ

ចំនួនសមាជិកសរុប <input type="text"/>	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) <input type="text"/>
បង់ផ្តាច់ <input type="checkbox"/>	បង់ជាដំណាក់កាល៖ អតិថិជនយល់ព្រមបង់បុព្វលាភសរុបជា ៣ ដំណាក់កាល។ <input type="checkbox"/> ដំណាក់កាលទី១ (៣៥%) គឺនៅថ្ងៃចាប់ផ្តើមនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដំណាក់កាលទី២ (៣៥%) គឺនៅខែទី៣ និងដំណាក់កាលទី៣ (៣០%) នៅខែទី៦ ។ ចំណាំ៖ បុព្វលាភ ២% នឹងត្រូវបន្ថែមទៅលើបុព្វលាភសរុប។

ការទទួលស្គាល់

ក្នុងនាម និងជាតំណាងឲ្យបុគ្គលគ្រប់រូបដែលបានបញ្ចូលនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ៖

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំសូមប្រកាសថា - រាល់ចម្លើយដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ (ក) នេះ និងនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ (ខ) ដែលបានភ្ជាប់ជាមួយនេះ គឺពេញលេញ និងពិតប្រាកដ គិតតាម ត្រឹមតាមការបរិច្ឆេទនៃពាក្យស្នើសុំនេះ និងនាពេលចាប់ផ្តើមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- បច្ចុប្បន្នគ្មានសមាជិកណាម្នាក់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ (ទម្រង់ ក ឬ ខ) កំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនោះឡើយ។

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ យល់ព្រមថា - ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូននេះត្រូវបានបន្ថែម និងចាត់ចូលជាគោលការណ៍នៃកិច្ចសន្យាធានារ៉ាប់រង។
- ផ្តល់សិទ្ធិជូនគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬបុគ្គលណាមួយដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះយើងខ្ញុំ ពិនិត្យសុខភាពយើងខ្ញុំ ឬត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិឲ្យរក្សាទុក នូវរបាយការណ៍សុខភាព ឲ្យផ្តល់នូវព័ត៌មានណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺ របួស ឬការព្យាបាលណាមួយជូនទៅឲ្យ FORTE ឬដៃគូរបស់ FORTE ដែលគ្រប់គ្រងលើសំណើទាមទារសំណងក្នុងនាមឲ្យ FORTE សម្រាប់គោលបំណងស៊ើបអង្កេតលើសំណើទាមទារនោះ។
- បន្ទាប់ពីរយៈពេលសាកល្បង ១៥ ថ្ងៃ ការបង់បុព្វលាភអប្បបរមា ៦ ខែនឹងត្រូវបានកំណត់ ប្រសិនបើមានការដកសមាជិក ឬបញ្ចប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងទាំងមូលមុនថ្ងៃផុតកំណត់ ទោះបីជាគ្មានការទាមទារសំណងក៏ដោយ។ មិនមានការសងបុព្វលាភវិញនោះទេ ប្រសិនបើមានការទាមទារសំណងបានកើតឡើងក្នុងសហគមន៍របស់លោកអ្នក។

ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ បានយល់ថា - ការអនុម័តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនេះមានសុពលភាព លុះណាតែបានបង់បុព្វលាភប្រចាំឆ្នាំគ្រប់ចំនួនរួចហើយ និងត្រូវស្របតាមការសម្រេចយល់ព្រមរបស់ FORTE។
- ក្នុងករណីដែលមានការស៊ើបអង្កេតលើសំណើទាមទារសំណងណាមួយ FORTE ឬដៃគូដែលត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លង នៃរបាយការណ៍សុខភាពចុងក្រោយបង្អស់របស់ ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ដោយការចំណាយជាបន្ទុករបស់ ខ្ញុំ / យើងខ្ញុំ ឬស្នើសុំព័ត៌មានសុខភាពបន្ថែមទៀត។
- សមាជិកនៃសហគមន៍របស់ខ្ញុំអាចបញ្ចូល និងត្រូវបានដាក់កំហិតឲ្យត្រឹមតែសហព័ន្ធ កូន ចៅ បងប្អូនបង្កើត ឪពុកម្តាយក្មេក បងប្អូនថ្លៃ ជីដូនជីតា ជីដូនជីតាក្មេក ក្មួយ បងប្អូនជីដូនមួយ ឪពុកមា ម្តាយមីង ឪពុកមាឬម្តាយ ឬផ្សេងៗ (ស្របតាមការយល់ព្រម)។
- មិនមានការទទួលខុសត្រូវណាមួយ នឹងត្រូវទទួលបានឡើយរហូតដល់ FORTE បានទទួលប្រាក់បុព្វលាភគ្រប់ចំនួន ហើយការអនុម័តបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងត្រូវបានទទួលស្គាល់។
- ការកែប្រែព័ត៌មានណាមួយ ត្រូវរាយការណ៍ភ្លាមៗ នៅពេលដែលអាច។ ការខកខានក្នុងការរាយការណ៍ភ្លាមៗ អាចបណ្តាលឲ្យមានការដកចេញនូវសំណើទាមទារសំណង និង/ឬអត្ថប្រយោជន៍។

ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់ប្រធានសហគមន៍ (តំណាង និងក្នុងនាមឲ្យរាល់សមាជិកទាំងអស់នៃសហគមន៍)	កាលបរិច្ឆេទ៖
---	--------------

ភ្នាក់ងារ / អន្តរការី / ឈ្មួញកណ្តាល
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានពន្យល់យ៉ាងត្រឹមត្រូវទៅម្ចាស់ដែលកាន់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬ ប្រធានសហគមន៍ អត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗ លក្ខខណ្ឌ និងការលើកលែងសំខាន់ៗនៃផលិតផលនេះ។

ឈ្មោះ៖	ហត្ថលេខារបស់ភ្នាក់ងារ / អន្តរការី / ឈ្មួញកណ្តាល	កាលបរិច្ឆេទ៖
--------	---	--------------

- ចន្លោះនេះត្រូវបានទុកដោយចេតនា -

ព័ត៌មានសមាជិក

ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
លេខទូរស័ព្ទដៃ៖		
អ៊ីម៉ែល៖		

ព័ត៌មានសមាជិក

ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
លេខទូរស័ព្ទដៃ៖		
អ៊ីម៉ែល៖		

ព័ត៌មានសមាជិក

ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
លេខទូរស័ព្ទដៃ៖		
អ៊ីម៉ែល៖		

ព័ត៌មានសមាជិក

ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
លេខទូរស័ព្ទដៃ៖		
អ៊ីម៉ែល៖		

ព័ត៌មានសមាជិក

ត្រូវជាអ្វីជាមួយនឹងប្រធានសហគមន៍៖		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន៖		ជាអក្សរឡាតាំង៖
ស្រី / ប្រុស	សញ្ជាតិ៖	ប្រភេទនៃអត្តសញ្ញាណ៖
នៅលើ / រៀបការរួច / លែងលះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខនៃអត្តសញ្ញាណ៖
លេខទូរស័ព្ទដៃ៖		
អ៊ីម៉ែល៖		