



**SMARTCare
Medical**



គម្រោង SMARTCare Medical សំណួរ ចោទសួរញឹកញាប់

1 . តើគម្រោង SMARTCare Medical ជាអ្វី?

ចម្លើយ ៖ គម្រោង SMARTCARE Medical គឺជាគម្រោងបន្ថែមលើសំណងថ្លៃព្យាបាលសុខភាពសម្រាប់ភ្ជាប់ជាមួយ គម្រោងមូលដ្ឋាន SECURECare និង អ្នកផ្តល់ការមើលថែ (CareGiver) ដោយគម្រោងបន្ថែមនេះផ្តល់នូវការធានារ៉ាប់រងថ្លៃព្យាបាលសុខភាព ដែលបណ្តាលមកពី ជំងឺ និងគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ ក្នុងតម្លៃសមរម្យ និងអនុញ្ញាតឱ្យអតិថិជន ងាយស្រួលក្នុងការសម្រេចចិត្តប្រើប្រាស់។ គម្រោងបន្ថែមនេះផ្តល់ជូនទាំង សេវាទូទាត់ថ្លៃព្យាបាលដោយផ្ទាល់ (Direct Billing) សម្រាប់ការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែក (Panel Hospital/Clinic) និងសេវាទូទាត់សំណងថ្លៃព្យាបាលតាមក្រោយ (Reimbursement) ដែលគ្របដណ្តប់ទាំងក្នុងតំបន់ និងពិភពលោក។ គម្រោងបន្ថែមនេះ ផ្តល់នូវការធានាដល់អតិថិជនឱ្យបន្តទទួលបានការការពារជារៀងរាល់ឆ្នាំទៅតាមរយៈពេលបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន។

ចំណាំ៖ លោកអ្នកអាចភ្ជាប់ គម្រោង SMARTCare Medical ជាមួយគម្រោងមូលដ្ឋាន SECURECare និង អ្នកផ្តល់ការមើលថែ (CareGiver) សម្រាប់ទាំងបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងថ្មី ឬមានស្រាប់ ដរាបណាបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងនោះនៅមានសុពលភាពយ៉ាងតិចមួយឆ្នាំ ដោយស្របតាមខ និងលក្ខខណ្ឌអនុវត្ត។

2 . តើគម្រោង SMARTCare Medical មានប៉ុន្មានកញ្ចប់សម្រាប់ជ្រើសរើស?

ចម្លើយ ៖ មានបួនកញ្ចប់សម្រាប់ជ្រើសរើស៖ Core, Plus, Pro and Ultra.

កញ្ចប់	Core (USD)	Plus (USD)	Pro (USD)	Ultra (USD)
ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា	អាស៊ាន លើកលែងតែប្រទេសសិង្ហបុរី	អាស៊ី	អាស៊ី	ទូទាំងពិភពលោកលើកលែងតែសហរដ្ឋអាមេរិក
ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ)	8,000	15,000	30,000	45,000
ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការសម្រាលកូន	មិនមាន	មិនមាន	មិនមាន	1,200
ការចូលរួមបង់ថ្លៃចំណាយ Co-payment	0%	0%	0%	0%

3 . តើខ្ញុំត្រូវមានអាយុប៉ុន្មានដើម្បីអាចប្រើប្រាស់គម្រោង SMARTCare Medical បាន?

ចម្លើយ៖ លោកអ្នកអាចចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់គម្រោង SMARTCare Medical បានតាមលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖

- ▶ ពេលភ្ជាប់ជាមួយ គម្រោង អ្នកផ្តល់ការមើលថែ (CareGiver)៖ អាយុចាប់ផ្តើមធានារបស់គម្រោង SMARTCare Medical គឺចាប់ពី 6 ឆ្នាំ ដល់ 55ឆ្នាំ។
- ▶ ពេលភ្ជាប់ជាមួយ គម្រោង SECURECare៖ អាយុចាប់ផ្តើមធានារបស់គម្រោង SMARTCare Medical គឺចាប់ពី 18 ឆ្នាំ ដល់ 55ឆ្នាំ។

4 . តើមានជម្រើសរយៈពេលបណ្ណសន្យារយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង និងការបង់ប្រចាំណាខ្លះ សម្រាប់ការប្រើប្រាស់គម្រោង SMARTCare Medical?

ចម្លើយ៖ ដោយសារតែគម្រោង SMARTCare Medical ត្រូវបានធានាបន្តប្រចាំឆ្នាំ រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងរយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងរបស់វាគឺស្របទៅនឹងគម្រោងមូលដ្ឋាន។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី មានតែគម្រោងមូលដ្ឋានដែលមានជម្រើស រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ស្មើនឹងរយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលបង់ប្រចាំឆ្នាំ តែប៉ុណ្ណោះទើបអាចស្នើសុំភ្ជាប់ជាមួយគម្រោង SMARTCare Medical បាន។

ក. ឧទាហរណ៍ដែលអាចភ្ជាប់គម្រោង SMARTCare Medical បាន៖ លោក សុខា ប្រើប្រាស់គម្រោងមូលដ្ឋានអ្នកផ្តល់ការមើលថែ (CareGiver) ដែលមានលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ▶ រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ 15 ឆ្នាំ
- ▶ រយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង៖ 15 ឆ្នាំ (ការបង់ពេញលេញ ស្មើនឹងរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង)
- ▶ ការបង់ជាប្រចាំ៖ ឆ្នាំ
- ▶ ការសន្និដ្ឋាន៖ ពីព្រោះគម្រោងមូលដ្ឋានជាជម្រើស ការបង់ពេញលេញ (Regular Pay) ហើយជាការបង់ប្រចាំឆ្នាំ (Annual Pay) លោក សុខាអាចទិញគម្រោង SMARTCare Medical ដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយបាន។

ខ. ឧទាហរណ៍ដែលមិនអាចភ្ជាប់គម្រោង SMARTCare Medical បាន៖ អ្នកនាង លីណា ប្រើប្រាស់គម្រោងមូលដ្ឋាន អ្នកផ្តល់ការមើលថែ (CareGiver) ដែលមានលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ▶ រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ 15 ឆ្នាំ
- ▶ រយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង៖ 10ឆ្នាំ (ការបង់បន្ថយខ្លី “Limited pay” មិនស្មើនឹងរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង)
- ▶ ការបង់ជាប្រចាំ៖ ឆ្នាំ
- ▶ ការសន្និដ្ឋាន៖ ទោះបីជាមានជម្រើសការបង់ប្រចាំឆ្នាំ តែរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ខុសពី រយៈពេលបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។ ដូចនេះ គម្រោង SMARTCare Medical មិនអាចភ្ជាប់បាននោះទេ។

5 . តើអ្វីទៅជារយៈពេលរង់ចាំ? តើវាត្រូវបានកំណត់យ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ៖ រយៈពេលរង់ចាំ គឺជារយៈពេលមួយ ដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ជាចំនួនថ្ងៃ ឬខែ ដែលការព្យាបាលនឹងមិនត្រូវទទួលបានការធានា ឬមានកម្រិតកំណត់រងជាក់លាក់មួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ក្រោមបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ រយៈពេលរង់ចាំត្រូវបានអនុវត្តចំពោះគ្រប់កញ្ចប់រួមមាន Core, Plus, Pro និង Ultra។ រយៈពេលរង់ចាំត្រូវបានអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់នៃគ្រប់គម្រោង លើកលែងតែអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។

គោលការណ៍ក្នុងការកំណត់រយៈពេលរង់ចាំ៖

- ក. សម្រាប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងជាមួយគម្រោងបន្ថែមដែលអនុម័តថ្មី៖** សម្រាប់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ដែលទើបអនុម័តថ្មី ការរាប់រយៈពេលរង់ចាំសម្រាប់គម្រោង SMARTCare Medical នឹងចាប់ផ្តើមគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាពនៃគម្រោងបន្ថែមនេះ ដែលមានន័យថា កាលបរិច្ឆេទដែលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាលើពាក្យស្នើសុំ ហើយបង់ប្រាក់ពេញលេញរួចរាល់។ លក្ខខណ្ឌនេះ នឹងត្រូវបានអនុវត្តទោះបីជា គម្រោង SMARTCare Medical ត្រូវបានភ្ជាប់ជាមួយនឹងគម្រោងមូលដ្ឋានក៏ដោយ។
- ខ. សម្រាប់ការបន្តសុពលភាពគម្រោងបន្ថែមឡើងវិញ៖** នៅពេលដែលគម្រោងបន្ថែមត្រូវបានបន្តសុពលភាពឡើងវិញ នោះរយៈពេលរង់ចាំទាំងអស់នឹងត្រូវបានរាប់ចាប់ផ្តើមសារឡើងវិញ ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការស្នើសុំបន្តសុពលភាពត្រូវបានទទួលយក និងអនុម័តដំណើរការឡើងវិញ។
- គ. ការភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែមបន្ទាប់ពីបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងមានសុពលភាព (ក្រោយរយៈពេលសាកល្បង)៖** ប្រសិនបើការស្នើសុំភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែមនេះស្ថិតក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងរយៈពេលអនុគ្រោះ នោះរយៈពេលរង់ចាំនឹងត្រូវគិតចាប់ពីថ្ងៃខួបនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន។
 - ▶ គម្រោង SMARTCare Medical អាចស្នើសុំភ្ជាប់បានតែក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុនខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋានប៉ុណ្ណោះ ហើយគ្មានការធានាណាមួយនឹងត្រូវបានអនុវត្តក្នុងរយៈពេលនេះឡើយ ព្រោះរាល់សុពលភាពនៃគម្រោងនេះ ត្រូវចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
 - ▶ គម្រោង SMARTCare Medical អាចស្នើសុំភ្ជាប់ក្នុងរយៈពេលអនុគ្រោះនៃគម្រោងមូលដ្ឋានបានផងដែរ
 - ▶ ក្នុងករណីរៀបរាប់ទាំងពីរខាងលើ រយៈពេលរង់ចាំនឹងចាប់ផ្តើមលុះត្រាណាតែ គម្រោងបន្ថែមនេះត្រូវបានទទួលយក និងអនុម័តតែប៉ុណ្ណោះ ហើយរយៈពេលរង់ចាំនឹងត្រូវបានគិតចាប់ពីថ្ងៃខួបនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
 - ▶ ការស្នើសុំភ្ជាប់គម្រោងបន្ថែមនេះ នឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតបន្ទាប់ពីផុតរយៈពេលអនុគ្រោះឡើយ។
- ឃ. ការស្នើសុំដំឡើងកញ្ចប់ការពារនៃប្រភេទគម្រោងបន្ថែម ក្រោយរយៈពេលសាកល្បង៖** ប្រសិនបើការស្នើសុំនេះកើតឡើងមុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងរយៈពេលអនុគ្រោះ នោះរយៈពេលរង់ចាំទាំងអស់នឹងត្រូវបានរាប់ចាប់ផ្តើមសារឡើងវិញដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
 - ▶ ការស្នើសុំដំឡើងកញ្ចប់ការពារនៃគម្រោងបន្ថែមនេះអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 (សាមសិប) ថ្ងៃ មុនថ្ងៃខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក៏ប៉ុន្តែការការពារនៃប្រភេទគម្រោងស្នើសុំថ្មីនឹងមិនត្រូវបានអនុវត្តក្នុងកំឡុងពេលស្នើសុំនេះឡើយ។ គម្រោងការពារថ្មីនឹងមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
 - ▶ ការស្នើសុំដំឡើងការការពារនៃគម្រោងបន្ថែមនេះអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលអនុគ្រោះបានផងដែរ ប៉ុន្តែប្រសិនបើក្រុមហ៊ុនទទួលយក និងអនុម័តការស្នើសុំដំឡើង នោះការការពារនៃគម្រោងថ្មីនឹងមានសុពលភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខួបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។ រាល់ព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណងណាដែលកើតឡើងមុនក្រុមហ៊ុនសម្រេចទទួលយក និងអនុម័តការស្នើសុំដំឡើងការការពារនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្តទៅតាមកញ្ចប់ចាស់ដែល។

- ▶ ក្នុងករណីរៀបរាប់ទាំងពីរខាងលើ រយៈពេលរង់ចាំនឹងចាប់ផ្តើមលុះត្រាណាតែ គម្រោងបន្ថែមនេះត្រូវបានទទួលយក និងអនុម័តតែប៉ុណ្ណោះ ហើយរយៈពេលរង់ចាំនឹងត្រូវបានគិតចាប់ពីថ្ងៃខួបនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង។
- ▶ ការស្នើសុំដំឡើងកញ្ចប់ការពារនៃ គម្រោងបន្ថែមនេះ នឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតបន្ទាប់ពីផុតរយៈពេលអនុគ្រោះឡើយ។

6 . តើអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលឆ្លងយប់ (In-Patient) អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលមិនឆ្លងយប់ (Day-Patient) និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (Out Patient) មានភាពខុសគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ ៖

ពាក្យ	លក្ខខណ្ឌ	តម្រូវឱ្យសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?	ឆ្លងយប់?	ឧទាហរណ៍
អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលឆ្លងយប់ (In-Patient)	តម្រូវឱ្យសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិកដើម្បីទទួលការព្យាបាល	✓	✓ (យ៉ាងតិចមួយយប់)	ការកាត់ត្រូវការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយត្រូវត្រួតពិនិត្យឆ្លងយប់
អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលមិនឆ្លងយប់ (Day-Patient)	តម្រូវឱ្យសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក ហើយចាកចេញនៅថ្ងៃតែមួយ	✓	✗	ការកាត់ត្រូវការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយស្ថិតក្នុងថ្ងៃដែល
អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (Out Patient)	ទទួលការព្យាបាលដោយមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	✗	✗	ការពិគ្រោះ ស្វែងរករោគវិនិច្ឆ័យ និងវិធីព្យាបាលតិចតួចដោយមិនតម្រូវឱ្យសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

7 . តើមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក (Hospital/Clinic) និងបន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ (Cabinet) មានភាពខុសគ្នាយ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ ៖

ប្រភេទ	ពិពណ៌នា	សេវាកម្មដែលមាន	ការសម្រាកព្យាបាល?
មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក (Hospital/Clinic)	ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្ខត ដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ តាមច្បាប់របស់ប្រទេសនោះ។	អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលឆ្លងយប់ + អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលមិនឆ្លងយប់ + អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (In patient + Day patient + Out patient)	✓ អាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យឆ្លងយប់ឬនៅក្នុងថ្ងៃដែល
បន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ (Cabinet)	ស្ថាប័នពិគ្រោះជំងឺឯកជនដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (វេជ្ជសាស្ត្រ ទទួលបានសេវាភាពជាដើម) សម្រាប់បំពេញសេវាពិគ្រោះ និងព្យាបាល	អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ	✗ មិនអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យឆ្លងយប់ឬនៅក្នុងថ្ងៃដែលនោះទេ

8 . តើអ្វីទៅជា ទឹកប្រាក់អតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប កម្រិតកំណត់រង និងការចូលរួមបង់ថ្លៃចំណាយ (Co-payment)?

ចម្លើយ ៖

អត្ថន័យ	កញ្ចប់	Core (USD)	Plus (USD)	Pro (USD)	Ultra (USD)
ប្រទេសដែលផ្តល់ការធានាលើគម្រោងបន្ថែមនេះ	ទឹកតាំងភូមិសាស្ត្រនៃការធានា	អាស៊ាន លើកលែងតែប្រទេសសិង្ហបុរី	អាស៊ី	អាស៊ី	ទូទាំងពិភពលោក លើកលែងតែសហរដ្ឋអាមេរិក
ទឹកប្រាក់អតិបរមាដែលគម្រោងបន្ថែមនេះអាចទូទាត់ក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ចំណាយព្យាបាលត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌ (IP/DP, OP, អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត) លើកលែងតែអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។	ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ចែងឡ)	8,000	15,000	30,000	45,000
កម្រិតកំណត់រង ឬកម្រិតកំណត់តូចៗសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់ណាមួយក្នុងគម្រោងបន្ថែម។ វាជាផ្នែកទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប។ អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យមានកម្រិតមានកម្រិតកំណត់ផ្សេងៗដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុបនោះទេ។	ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការសម្រាលកូន	មិនមាន	មិនមាន	មិនមាន	1,200
ភាគរយនៃចំណាយ ដែលអ្នកត្រូវបានធានាត្រូវបង់ទៅតាមការកំណត់ជាក់លាក់។ គម្រោង SMARTCare Medical មាន 0% លើការចូលរួមថ្លៃចំណាយ។ ដូចនេះ ចំណាយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់ត្រូវបានធានាពេញលេញដល់អ្នកប្រាក់កំណត់។	ការចូលរួមបង់ថ្លៃចំណាយ Co-payment	0%	0%	0%	0%

9 . តើអ្វីទៅជាគោលការណ៍នៃសិទ្ធិជំនួស (Principle of Subrogation)?

ចម្លើយ៖ សិទ្ធិរបស់ក្រុមហ៊ុនក្នុងការទាមទារយកការចំណាយណាមួយមកវិញ ដែលក្រុមហ៊ុនបានបង់ជូនអ្នកធានារ៉ាប់រងពីភាគីដែលបង្កការបាត់បង់ ឬការខូចខាតដល់អ្នកធានារ៉ាប់រង។

▪ **បកស្រាយឱ្យងាយ៖** ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យអ្នកជាមុន ហើយបន្ទាប់មកទៅទាមទារប្រាក់ទៅពីភាគីបង្ក។ អ្នកធានារ៉ាប់រងមិនអាចទទួលបានប្រាក់សំណងម្តងទៀតលើចំណាយដែលបានទេ។

▪ **ស្ថានភាពណ៍ Scenario៖**

- ▶ រថយន្តរបស់អ្នកត្រូវបានបុកដោយអ្នកបើកបរម្នាក់ទៀតដែលត្រូវមានកំហុសតាមផ្លូវច្បាប់។
- ▶ អ្នករងរបួស ហើយត្រូវទៅមន្ទីរពេទ្យ។
- ▶ ចំណាយវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកសរុប \$1,000។
- ▶ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបានបង់ \$1,000 នោះ តាមរយៈគម្រោងធានាសុខភាពរបស់អ្នក។

▪ **នីតិវិធីនៃគោលការណ៍នៃសិទ្ធិជំនួស៖**

- ▶ ក្រុមហ៊ុនបានបង់ជូនថ្លៃចំណាយព្យាបាលរបស់អ្នក ដូចនេះអ្នកមិនចាំបាច់រង់ចាំឱ្យភាគីបង្កធ្វើសំណងនោះទេ។
- ▶ ព្រោះអ្នកបើកបរម្នាក់ទៀតបានបង្កគ្រោះថ្នាក់ ដូចនេះ អ្នកបើកបរនោះ (ឬក៏ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់គាត់បើមាន) ជាអ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃចំណាយនោះ។
- ▶ ក្រោយពីបង់ថ្លៃសំណងជូនអ្នករួច ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានសិទ្ធិកំណាងឱ្យអ្នក ដើម្បីទាមទារសំណងពីអ្នកបើកបររូបនោះ (ឬក៏ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់គាត់បើមាន)។
- ▶ អ្នកមិនអាចទាមទារសំណង \$1,000 ម្តងទៀតបាននោះទេ ព្រោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងបានផ្តល់សំណងជូនអ្នករួចហើយ ដូចនេះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមានសិទ្ធិមួយនេះ។

10 . តើអ្វីទៅជាគោលការណ៍នៃសំណងប៉ះប៉ូវ (Principle of Indemnity)?

ចម្លើយ៖ គោលការណ៍នៃសំណងប៉ះប៉ូវ (Principle of Indemnity)៖

ធានារ៉ាប់រង មានបំណងដាក់អ្នកធានារ៉ាប់រងឱ្យត្រឡប់ទៅស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុដែលមុនពេលមានការបាត់បង់មិនឱ្យល្អជាង ឬក៏អាក្រក់ជាងមុននោះទេ។ រាប់បញ្ចូលសំណងតែចំណាយជាក់ស្តែងដែលបានកើតឡើង មិនមែនសម្រាប់រកប្រាក់ចំណេញទេ។ វាទូទាត់សំណងលើការបាត់បង់ជាក់ស្តែង មិនមែនផ្តល់ការចំណេញនោះទេ។

▪ **បកស្រាយឱ្យងាយ៖** ធានារ៉ាប់រងទូទាត់តែការបាត់បង់ជាក់ស្តែងប៉ុណ្ណោះ ដើម្បីឱ្យអ្នកត្រឡប់មកស្ថានភាពដើម មិនមែនឱ្យល្អជាងនោះទេ។

▪ **ស្ថានភាពណ៍ Scenario៖**

- ▶ អ្នកបានចូលមន្ទីរពេទ្យដោយសារជំងឺគ្រុនឈាម
- ▶ ចំណាយថ្លៃព្យាបាលសរុបគឺ \$850.
- ▶ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកមានទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប ឧទាហរណ៍៖ \$8,000 ច្រើនជាងថ្លៃព្យាបាល។

▪ **នីតិវិធីនៃគោលការណ៍នៃសំណងប៉ះប៉ូវ៖**

- ▶ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងត្រួតពិនិត្យមើលថ្លៃចំណាយព្យាបាល។
- ▶ បើថ្លៃចំណាយមានកម្រិតសមរម្យ និងតាមទម្លាប់ និងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនឹងទូទាត់ជូនអ្នកនូវទឹកប្រាក់ \$850 មិនមែន \$8,000 នោះទេ។
- ▶ អ្នកត្រូវបានដាក់ឱ្យត្រឡប់ទៅស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុដែលមុនពេលព្យាបាល អ្នកមិនបានបាត់បង់ប្រាក់ ហើយក៏មិនអាចទទួលបានប្រាក់ចំណេញពីនេះបានដែរ។

11. តើរយៈពេលរង់ចាំត្រូវបានអនុវត្តយ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ៖ រយៈពេលរង់ចាំ ឧទាហរណ៍ កញ្ចប់ ULTRA

▪ ជំងឺ – 30 ថ្ងៃ

- ▶ មិនមានការធានាលើជំងឺក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃដំបូង
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំនេះ អ្នកអាចទាមទារសំណងដែលត្រឹមត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌរហូតដល់ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000។

▪ ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមុន – 6 ខែ

- ▶ បើស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរពីរ ឧ. ជំងឺមហារីក និងជុំសាច់កាច ត្រូវបានរកឃើញក្នុងរយៈពេល 6 ខែដំបូង៖ ការធានាលើជំងឺទាំងពីរខាងលើត្រូវបានកំណត់ត្រឹម \$3,000 ជានិរន្តរ៍ (ជួសឱ្យទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000)។
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំ៖ ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងទៀត ក្រៅពីជំងឺមហារីក និងជុំសាច់កាចនឹងត្រូវធានារហូតដល់ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000។

▪ ផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ – 10 ខែ

- ▶ មិនមានការធានាលើផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 10 ខែដំបូង។
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំ៖ ការធានាត្រឹម កម្រិតកំណត់រង \$3,000 (មិនមែនទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000 នោះទេ)។

▪ ការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាលកូន – 10 ខែ

- ▶ មិនមានការធានាលើការសម្រាលកូន ផលវិបាកទៅលើទារកទើបនឹងកើត ការថែទាំមុន និងក្រោយពេលសម្រាល ក្នុងរយៈពេល 10ខែ ដំបូង
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំ៖ អ្នកអាចទាមទារសំណងរហូតដល់ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការសម្រាលកូន \$1,200 (មិនមែនទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000 នោះទេ)។

▪ ស្ថានភាពជំងឺដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី – 12 ខែ

- ▶ មិនមានការធានាលើស្ថានភាពជំងឺដែលបានរាយក្នុងបញ្ជីក្នុងរយៈពេល 12 ខែដំបូង។
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំ៖ អ្នកអាចទាមទារសំណងរហូតដល់ ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000។

▪ ស្ថានភាពជំងឺដែលមានពីមុន – 36 ខែ

- ▶ មិនមានការធានាលើស្ថានភាពជំងឺដែលមានពីមុនក្នុងរយៈពេល 36 ខែដំបូង។
- ▶ ក្រោយរយៈពេលរង់ចាំ៖
 - ស្ថានភាពជំងឺមិនរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្លាប់មានពីមុន និងផលវិបាក (PNC)៖ អ្នកអាចទាមទារសំណងរហូតដល់ \$3,000 (មិនមែនទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000 នោះទេ)។
 - ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្លាប់មានពីមុន និងផលវិបាក (PCC)៖ អ្នកអាចទាមទារសំណងរហូតដល់ \$1,500 (មិនមែនទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប \$45,000 នោះទេ)។

តារាងសង្ខេប

មុខបញ្ជី	30 ថ្ងៃ	ខែទី 6	ខែទី 10	ខែទី 12	ឆ្នាំទី 3	ឆ្នាំបន្ទាប់
ជំងឺ (Illness)	មិនធានា					
ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (Severe Conditions) ដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមុន	ប្រសិនបើត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យក្នុងអំឡុងពេលនេះ ការកំណត់រងជាប្រចាំឆ្នាំនឹងត្រូវបានអនុវត្ត					
ផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (Maternity Complications)	មិនធានា					
ការមានផ្ទៃពោះ និងការសម្រាលកូន (Pregnancy and Delivery)	មិនធានា					
ស្ថានភាពជំងឺដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី (Listed Conditions)	មិនធានា					
ស្ថានភាពជំងឺដែលមានពីមុន (Pre-existing Conditions)	មិនធានា					

12 . តើស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (Severe Conditions) រួមមានអ្វីខ្លះ?

ចម្លើយ៖ ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងររួមមាន៖

- ជំងឺមហារីក
- ដុំសាច់កាច
- ជំងឺមហារីកគ្រាប់ឈាម
- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង
- ជំងឺបេះដូង
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ជំងឺក្រិនជាលិកា
- ជំងឺលុយផេស (SLE)
- ជំងឺស្ទះផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ
- ដុំសាច់ក្នុងខួរក្បាល
- ជំងឺខ្សោយតម្រងនោម
- ជំងឺថ្លើម ជំងឺខ្សោយលំពែង
- ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ និង
- វីរុសហ៊ីប

13 . តើលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះនៃផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ (Maternity Complications) ដែលត្រូវបានធានា?

ចម្លើយ៖ ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងររួមមាន៖

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 . ស្កកចាក់ចូលសាច់ស្បូន 2 . ការស្ទុះសរសៃឈាមស្កកម្តាយ
ដោយសារទឹកភ្លោះ 3 . ការហូរឈាមមុនពេលសម្រាល/
ឬក្នុងអំឡុងពេលសម្រាល 4 . កូនបញ្ចាសជើង 5 . ជំងឺមហារីកស្កក និង/ឬកូនពង 6 . ផលវិបាកដោយការរះកាត់ស្បូន 7 . ការកកឈាមពាសពេញក្នុងសរសៃឈាម 8 . កូនក្រៅស្បូន 9 . កម្រិតទីបួននៃការដាច់រំហែកស្រោមពោះ 10 . ការឆ្លងរោគស្រោមទឹកភ្លោះ និង/ឬថង់ទឹកភ្លោះ 11 . កូនស្លាប់ក្នុងពោះ 12 . ម្តាយស្លាប់ 13 . រលូតកូន ≥ 18សប្តាហ៍ | <ol style="list-style-type: none"> 14 . ផលវិបាកពីការមានផ្ទៃពោះជាមួយកូនច្រើន
(ឧ. កូនភ្លោះ ឬកូនច្រើន) បណ្តាលឱ្យ 15 . មានការរះកាត់
ជំងឺស្ទុះទឹកប្រមាត់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ 16 . ស្កកពាំងមាត់ស្បូន 17 . រំហែកស្កក 18 . ការហូរឈាមក្រោយពេលសម្រាល 19 . ស្បូនលៀនចេញក្រៅក្រោយពេលសម្រាល 20 . ជំងឺបម្រុងក្រឡាភ្លើង ឬជំងឺក្រឡាភ្លើង 21 . ស្កក និង/ឬស្រោមទឹកភ្លោះ
នៅសល់ក្នុងស្បូន 22 . កូនទទឹងពោះ 23 . ការចម្លងចរន្តឈាមពីកូនមួយ
ទៅកូនមួយទៀត 24 . ការដាច់រំហែកស្បូន |
|---|---|

លក្ខខណ្ឌដែលមិនស្ថិតក្រោមការធានា៖

- ▶ បច្ចេកវិទ្យាជំនួយការបន្តពូជ រួមមានជាអាទិ៍ ការបង្កកំណើតក្នុងកែវ (IVF) ការចាក់បញ្ចូលមេជីវិតដោយសិប្បនិម្មិត ការជំរុញការផ្លាស់មេជីវិត ការបញ្ជូនអំប៊ីយ៉ុង ឬរាល់នីតិវិធីពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត។
- ▶ ការរំលូតកូនតាមការចង់បាន លើកលែងតែក្នុងករណីដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានចែងជាក់លាក់ក្នុងបញ្ជីផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌបន្ថែមនេះ។
- ▶ រាល់ផលវិបាកទាំងឡាយណាដែលមិនមានចែងក្នុងបញ្ជីជាក់លាក់នៃផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ដូចដែលមានកំណត់ក្នុងគម្រោងបន្ថែមនេះ។
- ▶ ការមានផ្ទៃពោះដែលប្រក្រតី ការសម្រាលតាមប្រក្រតី ឬការថែទាំក្រោយសម្រាលដែលមិនបានកើតចេញពីផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែលមានចែងក្នុងបញ្ជី។
- ▶ សេវាថែទាំសុខភាពទូទៅរបស់ទារក ការថែទាំទារកទើបនឹងកើតជាប្រចាំ ឬសេវាបង្ការផ្សេងៗ លើកលែងតែមានចែងយ៉ាងច្បាស់លាស់ថាត្រូវបានរ៉ាប់រង។
- ▶ របួសដែលបង្កឡើងដោយខ្លួនឯង អំពើខុសច្បាប់ ឬការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន/គ្រឿងស្រវឹង ដែលនាំឱ្យមានផលវិបាកក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។

14 . តើស្ថានភាពជំងឺដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី (Listed Conditions) មានអ្វីខ្លះ?

ចម្លើយ៖ ស្ថានភាពជំងឺដែលបានរាយក្នុងបញ្ជីរួមមាន៖

- 1 . ជំងឺរលាកសរសៃ (ដោយគ្មានការឆ្លងមេរោគ) ជំងឺរលាកឆ្អឹងសន្លាក់ ជំងឺពុកឆ្អឹង ជំងឺរលាកសន្លាក់ដោយសារលើសជាតិអាស៊ីត ជំងឺទាក់ទងនឹងការឈឺសន្លាក់ ជំងឺឆ្អឹងខ្នង ការព្យាបាលដោយការផ្លាស់ប្តូរសន្លាក់
- 2 . ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃក្នុងត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក ឬជំងឺត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់កដទៃទៀត និងការរះកាត់ដែលរួមមានជាអាទិ៍ ការរះកាត់សាច់ច្រមុះ ការរះកាត់សាច់បំពង់ក ការរះកាត់ក្រដាសត្រចៀក រៀចខ្នងច្រមុះ, រលាកក្លាសរន្ធច្រមុះ ជំងឺរីកទងស្គព ជំងឺស្ទះទឹកប្រមាត់
- 3 . ជំងឺរីកក្រពេញប្រស្តាត
- 4 . ជំងឺភ្នែកឡើងបាយ
- 5 . ការពង្រីកមាត់ស្បូន និងកោសសម្អាតស្បូន
- 6 . ឆ្លុះចុងពោះរៀនធំនៅក្នុងបាត ឬសដូងបាត
- 7 . ការរះកាត់សរីរាង្គបន្តពូជ លើកលែងតែចាំបាច់ដោយសារបណ្តាលមកពីជំងឺមហារីក
- 8 . គ្រប់ប្រភេទនៃជំងឺកូន និងជំងឺទឹកក្នុងស្រោមពងស្វាស
- 9 . ការរះកាត់យកស្បូនចេញដោយសារការធ្លាក់ឈាមច្រើន ឬការដុះសាច់ក្នុងស្បូន ឬការស្រុតស្បូន លើកលែងតែចាំបាច់ ដោយសារបណ្តាលមកពីជំងឺមហារីក
- 10 . ដុំសាច់ខាងក្នុង ដុំសាច់ក្នុងស្បែក ដុំគីស ដុំសាច់ ដុំពក រួមទាំងដុំសាច់ក្នុងសុដន់ លើកលែងមហារីក
- 11 . គ្រួសក្នុងតម្រងនោម គ្រួសក្នុងបង្ហូរនោម ការបាញ់បំបែកគ្រួស គ្រួសក្នុងប្រមាត់
- 12 . ការរះកាត់យកដុំសាច់ចេញពីស្បូន
- 13 . ការរីកប៉ោងនៃសរសៃឈាមវ៉ែន និងដំបៅដែលបណ្តាលមកពីការហើមសរសៃឈាមវ៉ែន
- 14 . ដុំក្នុងស្បែក ដំបៅក្រពះ និង/ឬក្បាលពោះរៀនតូច

15 . តើអ្វីទៅជាស្ថានភាពជំងឺដែលធ្លាប់មានពីមុនស្រាប់ (Pre-existing Conditions)?

ចម្លើយ៖ ស្ថានភាពជំងឺដែលធ្លាប់មានពីមុនស្រាប់៖

- ▶ អ្នកបានទទួលការប្រើប្រាស់ឱសថ ការពិគ្រោះយោបល់ ឬការព្យាបាល មុនកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម/កាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពឡើងវិញ/កាលបរិច្ឆេទទទួលយកនៃគម្រោងបន្ថែមនេះ។
- ▶ អ្នកធ្លាប់មានរោគសញ្ញានៃជំងឺនោះ មុនកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម/កាលបរិច្ឆេទបន្តសុពលភាពឡើងវិញ/កាលបរិច្ឆេទទទួលយកនៃគម្រោងបន្ថែមនេះ ទោះបីជាស្ថានភាពជំងឺនោះមិនទាន់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាផ្លូវការក៏ដោយ។

ស្ថានភាពជំងឺដែលធ្លាប់មាន ពីមុនស្រាប់ចែកជាពីរប្រភេទ៖

- ▶ **ស្ថានភាពជំងឺមិនរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្លាប់មានពីមុន និងផលវិបាក (PNC)៖** ស្ថានភាពជំងឺដែលមានពីមុនស្រាប់ទាំងនោះនឹងត្រូវចាត់ទុកថាជាជំងឺមិនរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើវាជាសះស្បើយឆាប់រហ័សតាមរយៈការព្យាបាល ហើយមិនតម្រូវឱ្យមានការថែទាំ ឬការព្យាបាលបន្តបន្ទាប់យូរអង្វែងឡើយ។

► ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្លាប់មានពីមុន និងផលវិបាក (PCC)៖

- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ សំដៅលើរាល់ជំងឺ រោគ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមានរយៈពេល ឬត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេល 6(ប្រាំមួយ)ខែជាប់ៗគ្នា ឬលើសពីនេះ ឬទាមទារឱ្យមានការគ្រប់គ្រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រយូរអង្វែងជាបន្តបន្ទាប់ ដូចជាការប្រើប្រាស់ឱសថជាប់ជានិច្ច ការតាមដានសុខភាពឱ្យបានទៀងទាត់ ឬការព្យាបាលដើម្បីថែទាំស្ថានភាពជំងឺឱ្យមានស្ថិរភាព។
- ស្ថានភាពជំងឺដែលមានពីមុនស្រាប់ទាំងនោះ នឹងត្រូវចាត់ទុកថាជាជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើវាមិនជាសះស្បើយឆាប់រហ័សតាមរយៈការព្យាបាល ហើយតម្រូវឱ្យមានការថែទាំ និងការព្យាបាលបន្តបន្ទាបយូរអង្វែង ដូចដែលមានចែងក្នុងនិយមន័យខាងលើ។

16 . បើសិនជាខ្ញុំបានភ្ជាប់គម្រោង SMARTCare Medical កញ្ចប់ Pro ជាមួយ គម្រោងមូលដ្ឋាន SecureCare ដែលមានរយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង 15ឆ្នាំ ហើយខ្ញុំបានប្រើប្រាស់អស់នូវទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) \$30,000ក្នុងឆ្នាំនេះ។ តើនៅឆ្នាំក្រោយៗ ខ្ញុំនឹងមានទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) ដដែល ឬត្រូវបានកាត់បន្ថយ?

ចម្លើយ៖ នៅឆ្នាំក្រោយៗ អ្នកនឹងមានទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) ដដែល ដោយមិនមានការកាត់បន្ថយនោះឡើយ។ រៀងរាល់ឆ្នាំ ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) នឹងត្រូវបានបន្តជាថ្មី។

► **ឧទាហរណ៍៖** លោក ចាន់ បាន ទិញគម្រោង SMARTCare Medical Rider – Pro ភ្ជាប់ជាមួយគម្រោង SecureCare រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង 15ឆ្នាំ។

- ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum)៖ \$30,000
- ឆ្នាំទី1 គាត់បានប្រើប្រាស់អស់ \$30,000 ដោយសារតែការចំណាយការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

► នៅពេលបន្តឆ្នាំថ្មី ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) នឹងត្រូវបានកំណត់មក \$30,000 សាជាថ្មី។

- ការប្រើប្រាស់ឆ្នាំមុននឹងមិនបន្ថយកម្រិតកំណត់ពេលអនាគតនោះទេ។
- ការកំណត់សាជាថ្មីនេះ នឹងត្រូវអនុវត្តរៀងរាល់ពេលបន្តឆ្នាំថ្មី ដរាបណាបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងនៅមានសុពលភាព។

17 . ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (OP Annual Maximum of Additional Outpatient Benefit) ជាផ្នែកនៃទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum)?

ចម្លើយ៖ ទេ។ ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (OP Annual Maximum of Additional Outpatient Benefit) ជាផ្នែកដាច់ដោយឡែកពីទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum)។

- ▶ ឧទាហរណ៍៖ ក្នុងកញ្ចប់ Pro ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសរុប (Overall Annual Maximum) មានចំនួន \$ 30,000។ ចំណែកឯ ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (OP Annual Maximum of Additional Outpatient Benefit) មានចំនួន \$300 បន្ថែមពីលើ \$30,000។ ដូចនេះសរុបបានន័យថា អ្នកមានទឹកប្រាក់ធានារហូតដល់ \$30,300 ក្នុងកញ្ចប់របស់អ្នក។

18 . តើអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដំណើរការយ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ៖ ក្នុងកញ្ចប់ Pro លោក សុខា បានចំណាយលើថ្លៃព្យាបាលសរុបអស់ \$100៖

- ▶ ថ្លៃចូលព្យាបាលមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ \$30
- ▶ វិតាមីន និងសារធាតុរ៉ែ តាមវេជ្ជបញ្ជា៖ \$70

ក. កម្រិតកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖

- ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ \$300
- កម្រិតកំណត់សម្រាប់ការព្យាបាលមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ក្នុង 1 ដង)៖ \$50 (ស្ថិតក្រោមការកំណត់ខាងលើ)
- វិតាមីន និងសារធាតុរ៉ែ តាមវេជ្ជបញ្ជា៖ \$70 (ស្ថិតក្រោមការកំណត់ទាំងពីរខាងលើ)

ខ. ទឹកប្រាក់អាចទាមទារសំណង និងមិនអាចទាមទារសំណង

- ទឹកប្រាក់អាចទាមទារសំណងបានគឺ \$50
- ទឹកប្រាក់មិនអាចទាមទារសំណងបានគឺ \$50 (ជាទឹកប្រាក់អ្នកត្រូវបានធានាត្រូវបង់ដោយខ្លួនឯង) = \$100 (ចំណាយសរុប) - \$50 (កម្រិតកំណត់ខ្ពស់បំផុតក្នុងមួយដង)

គ. ទឹកប្រាក់ធានានៅសល់នៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

- ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ \$250
- ការកំណត់ សម្រាប់ការព្យាបាលមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (ក្នុង 1 ដង) ៖ \$50
- វិតាមីន និងសារធាតុរ៉ែ តាមវេជ្ជបញ្ជា៖ \$50

19. តើអ្នកណាជាអ្នកទទួលផលនៃគម្រោង SMARTCare Medical?

ចម្លើយ៖ អ្នកទទួលផលនៃគម្រោងបន្ថែមនេះ គឺជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ដូចបានបង្ហាញនៅក្នុងវិញ្ញាបនបត្រ ធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលផលខុសពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុង ករណីដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជីវិតមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ សូមផ្តល់ “លិខិតអនុញ្ញាត” (Authorization letter) និងឯកសារគាំទ្រដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ។

20. ក្នុងកញ្ចប់ Ultra តើការសម្រាលកូនតាមការសម្រាលកូនតាមសល្យកម្ម (C section) ត្រូវបានធានាយ៉ាងដូចម្តេច?

ចម្លើយ៖

- ▶ ការសម្រាលកូនតាមសល្យកម្ម (C-section) ដែលធ្វើឡើងជាផ្នែកនៃដំណើរការសម្រាលកូនធម្មតា ទោះបី ជាចាំបាច់ ឬមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្តី អ្នកនឹងត្រូវបានធានាក្រោមអត្ថប្រយោជន៍សម្រាលកូន ដោយ បិតក្រោម ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការសម្រាលកូន (\$1,200)។
- ▶ សល្យកម្មដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ នឹងត្រូវបានធានា ក្រោមកម្រិតកំណត់រងនៃផលវិបាកអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ដែលមានទឹកប្រាក់ធានា \$3,000។ ក្នុងករណីនេះ ទឹកប្រាក់ធានាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការសម្រាលកូន (\$1,200) មិនត្រូវបានយកមកអនុវត្តនោះទេ។

21. តើខ្ញុំអាចប្រើប្រាស់កញ្ចប់ពីរក្នុងពេលតែមួយបានដែរឬទេ? ទារហាណ៍៖ Pro និង Ultra ក្នុងពេលតែមួយបានដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ ទេ អ្នកអាចប្រើប្រាស់បានតែមួយកញ្ចប់តែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចធ្វើការដំឡើង ឬបន្ថយកញ្ចប់ តែអ្នកមិន អាចប្រើប្រាស់ពីរកញ្ចប់ក្នុងពេលតែមួយនោះទេ ពីព្រោះគម្រោង SMARTCare Medical គឺផ្តល់សំណងតាម ជាក់ស្តែង។

22. តើជំងឺ COVID 19 ត្រូវបានការពារ ឬធានាដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ ជំងឺ COVID 19 ត្រូវបានការពារក្រោមគម្រោង SMARTCare Medical ដូចជាជំងឺទូទៅដទៃ ទៀតដែរ ដោយមានលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ▶ រយៈពេលរង់ចាំ 30 ថ្ងៃ សម្រាប់ជំងឺទូទៅ
- ▶ ទឹកប្រាក់អតិបរមាធានាប្រចាំឆ្នាំតាមគម្រោងដែលបានជ្រើសរើស (Core, Plus, Pro, Ultra)
- ▶ ខនិងលក្ខខណ្ឌទូទៅ និងកម្រិតកំណត់រង ត្រូវបានអនុវត្ត

23. តើមានករណីលើកលែងណាខ្លះដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ មាន។ SMARTCare Medical អនុវត្តតាមករណីលើកលែងស្តង់ដាររបស់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ សូមយោងទៅកាន់ខនិងលក្ខខណ្ឌនៃបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (Policy Terms and Conditions) ឬខិត្តបណ្ណផ្សព្វផ្សាយ (Brochure)។

24. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើអតិថិជនខកខានក្នុងការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងនៅថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភ

ចម្លើយ៖ ប្រសិនបើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងមិនត្រូវបានបង់នៅថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភនោះ៖

- ▶ រយៈពេលអនុគ្រោះ៖ រយៈពេលអនុគ្រោះ 30 ថ្ងៃ នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនបន្ទាប់ពីថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះការធានានឹងនៅតែមានប្រសិទ្ធភាព។
- ▶ ប្រសិនបើបានបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងក្នុងអំឡុងរយៈពេលអនុគ្រោះ
 - ការការពារត្រូវបានបន្ត
 - មិនមានរយៈពេលរង់ចាំណាមួយត្រូវបានចាប់ផ្តើមសារឡើងវិញ
 - គម្រោងបន្ថែមនឹងនៅតែមានសុពលភាព។
- ▶ ប្រសិនបើមិនបានបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់ពីរយៈពេលអនុគ្រោះត្រូវបានបញ្ចប់
 - គម្រោងបន្ថែមនឹងអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន
 - រយៈពេលរង់ចាំទាំងអស់នឹងចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ប្រសិនបើ គម្រោងបន្ថែមនេះ ត្រូវបានធ្វើស្នើសុំនិងទទួលអនុម័តបន្តសុពលភាពឡើងវិញ
 - រាល់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលមិនទាន់បានបង់ត្រូវបង់មកកាន់ក្រុមហ៊ុនដោយភ្ជាប់មកជាមួយពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពឡើងវិញ។
 - ប្រសិនបើការស្នើសុំបន្តសុពលភាពឡើងវិញត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងឆ្នាំទីពីរ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទអស់សុពលភាពជាបណ្តោះអាសន្ន ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ នោះអតិថិជនតម្រូវឱ្យបង់តែបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងឆ្នាំទីពីរតែប៉ុណ្ណោះ។
 - ប្រសិនបើការស្នើសុំបន្តសុពលភាពមិនត្រូវបានធ្វើឡើង ក្នុងរយៈពេល 0២ ឆ្នាំដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ នោះបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងក៏ដូចជាគម្រោងបន្ថែមនេះនឹងត្រូវបញ្ចប់។

25. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំដំឡើងកញ្ចប់ការពារបានដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ អាចបាន។ ការស្នើសុំដំឡើងកញ្ចប់ការពារខ្ពស់ជាងនេះ (2. Core → Plus → Pro → Ultra) អនុញ្ញាតក្រោមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ▶ ការស្នើសុំត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃមុនថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងអំឡុងរយៈពេលអនុគ្រោះ។

- ▶ ការស្នើសុំនេះនឹងមានសុពលភាពនៅកាលបរិច្ឆេទឧបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ប្រសិនបើការស្នើសុំនេះធ្វើឡើងមុន កាលបរិច្ឆេទឧបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬមានសុពលភាពនៅពេលដែលក្រុមហ៊ុនទទួលយក និងអនុម័តសំណើនេះ ប្រសិនបើការស្នើសុំធ្វើឡើងក្នុងអំឡុងពេលអនុគ្រោះ
- ▶ រយៈពេលរង់ចាំនឹងរាប់សារឡើងវិញ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំដំឡើងការការពារ ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ឧបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
- ▶ ការស្នើសុំតម្លើងការការពារមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឡើង បន្ទាប់ពីផុតរយៈពេលអនុគ្រោះ។
- ▶ ប្រសិនបើមានការស្នើសុំទាមទារសំណងណាមួយកើតឡើងមុនពេល ការស្នើសុំដំឡើងការការពារត្រូវបាន អនុម័ត នោះការទាមទារនេះនឹងត្រូវបានអនុវត្តទៅតាមគម្រោងចាស់

26. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំបន្ថយកញ្ចប់ការការពារបានដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ អាចបាន។ ការស្នើសុំបន្ថយកញ្ចប់ការការពារទាបជាងនេះ (2. Core → Plus → Pro → Ultra) អនុញ្ញាតក្រោមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ▶ ការស្នើសុំត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃមុនថ្ងៃកំណត់ត្រូវបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងអំឡុងរយៈពេល អនុគ្រោះ។
- ▶ គម្រោងថ្មីដែលស្នើសុំនឹងមានសុពលភាពចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទឧបបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
- ▶ មិនមានរយៈពេលរង់ចាំត្រូវបានគិតសារឡើងវិញឡើយ
- ▶ ការស្នើសុំបន្ថយការការពារមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឡើងបន្ទាប់ពីផុតរយៈពេលអនុគ្រោះ

27. តើខ្ញុំអាចធ្វើការលុបចោលគម្រោងបន្ថែមនេះបានដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖ ការស្នើសុំលុបចោលគម្រោងបន្ថែមអាចធ្វើឡើងគ្រប់ពេលវេលា ដោយមានលក្ខខណ្ឌ ដូចខាងក្រោម៖

- ▶ មិនមានតម្លៃបោះបង់នៃគម្រោងនេះឡើយ
- ▶ ប្រសិនបើគម្រោងនេះត្រូវបានលុបចោលមុនកាលបរិច្ឆេទកំណត់បង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង ដោយមិនធ្លាប់ មានការទាមទារសំណងណាមួយធ្លាប់កើតមានទេនោះ 90% ភាគរយនៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនៅសល់ មិនទាន់បានប្រើប្រាស់នៃគម្រោងនេះនឹងត្រូវបានបង្វិលត្រលប់ទៅវិញ
 - ឧទាហរណ៍៖ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំនៃគម្រោងបន្ថែម = \$500 លុបចោលគម្រោងបន្ថែមនៅ ពាក់កណ្តាលឆ្នាំ ដោយមិនមានការទាមទារសំណងណាមួយឡើយ បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងដែលនៅសល់ មិនទាន់បានប្រើប្រាស់ = \$250 បុព្វលាភដែលត្រូវបង្វិល = $\$250 \times 90\% = \225

28. តើខ្ញុំអាចស្នើសុំទាមទារសំណងបានដោយរបៀបណា?

ចម្លើយ៖ លោកអ្នកអាចស្នើសុំទាមទារសំណងតាមរយៈ អង្គភាពគ្រប់គ្រងសំណងធានារ៉ាប់រងភាគីទីបីរបស់ក្រុមហ៊ុន ដែលមានឈ្មោះថា **ASSURNET** ដោយចាត់តាំងនូវឯកសារតម្រូវដូចខាងក្រោម៖

ឯកសារ	ការព្យាបាលជំងឺដោយសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឆ្លងយប់ In-Patient	ការព្យាបាលជំងឺដោយសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ មិនឆ្លងយប់ Day-Patient	ការព្យាបាលដោយមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ Out-Patient	គ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ Accident
ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណង សម្រាប់ការដាក់ស្នើទាមទារដោយផ្ទាល់	✓	✓	✓	✓
វិក័យបត្រលម្អិត និងបង្កាន់បង់ប្រាក់	✓	✓	✓	✓
វិញ្ញាបនបត្រពេទ្យ ឬ សេចក្តីសង្ខេបចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (Discharge Summary) ឬ លិខិតទទួលជំងឺ (Admission Letter) ឬ របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Report)	✓	✓	✓	✓
លទ្ធផលតេស្តពិនិត្យជំងឺ ដូចជា ការតេស្តឈាម (Lab Test), X-Ray, CT Scan និងលទ្ធផលរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ (ប្រសិនបើមាន)	ត្រូវការ ក្នុងករណីមានការតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យទាំងនេះអំឡុងពេលធ្វើការព្យាបាល	ត្រូវការ ក្នុងករណីមានការតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យទាំងនេះអំឡុងពេលធ្វើការព្យាបាល	ត្រូវការ ក្នុងករណីមានការតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យទាំងនេះអំឡុងពេលធ្វើការព្យាបាល	ត្រូវការ ក្នុងករណីមានការតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យទាំងនេះអំឡុងពេលធ្វើការព្យាបាល
វិក័យបត្រលម្អិត និងបង្កាន់បង់ប្រាក់	បើមាន	✓	✓	បើមាន
ឯកសាររៀបរាប់លំដាប់ហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់ ឬ របាយការណ៍ប៉ូលីស (ប្រសិនបើមាន)	—	—	—	✓

វិធីសាស្ត្រដាក់ស្នើ៖

- ▶ តាមរយៈប្រព័ន្ធអនឡាញ សម្រាប់ការស្នើ ≤ \$300 \$
- ▶ តាមរយៈឯកសារដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការស្នើ > \$300\$

ក. តាមរយៈ ASSURNET (អង្គភាពគ្រប់គ្រងសំណងធានារ៉ាប់រងភាគីទីបី)

- អ៊ីម៉ែល: help@assurnet-health.com
- វេបសាយ: <https://assurnet-health.com/> (ការស្នើសុំតាមរយៈប្រព័ន្ធអនឡាញ)

លេខទំនាក់ទំនងបន្ទាន់ 24/7

- ☎ +855 (0)10 955 332 ▶ Smart
- ☎ +855 (0)78 955 332 ▶ Cellcard
- ☎ +855 (0)71 89 55 333 ▶ Metfone

ខ. តាមរយៈឯកសារដោយផ្ទាល់

- ការិយាល័យ ASSURNET: ជាន់ទី 5 ផ្ទះលេខ 30 មហាវិថីព្រះនរោត្តម សង្កាត់ផ្សារថ្មី 3 ខណ្ឌដូនពេញ
- ដាក់ឯកសារមកក្រុមហ៊ុន ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ្វី (ទៅកាន់ភ្នាក់ងារលក់ ឬសាខាដែលនៅជិតលោកអ្នក)

29. តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយណាក៏បានដែរឬទេ?

ចម្លើយ៖

- ▶ សេវាទូទាត់ថ្លៃព្យាបាលដោយផ្ទាល់ សម្រាប់តែមន្ទីរពេទ្យដែលស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សំណងធានារ៉ាប់រង ភាគីទីបី (TPA) របស់ក្រុមហ៊ុន ដាយ អិលធី ឡាយហ្វ
- ▶ សេវាទូទាត់សំណងថ្លៃព្យាបាលតាមក្រោយ សម្រាប់រាល់មន្ទីរពេទ្យណា ដែលមានអាជ្ញាបណ្ណដោយស្របច្បាប់



SMARTCare Medical Frequently Asked Questions

1 . What is SMARTCare Medical?

Answer: SMARTCARE Medical is a medical rider that can be attached to basic plans SECURECare and CareGiver, providing health protection against illnesses and accidents at an affordable cost, making it easier for customers to make their coverage decisions. It offers both Direct Billing services for treatment at partner panel hospitals and clinics, as well as Reimbursement services for post treatment claims, with coverage available on either a regional or worldwide basis. This rider ensures continuous protection for customers on a yearly guaranteed renewed basis, aligned with the policy term of the basic plan.

Note: You may attach the SMARTCare Medical rider to the SECURECare and CareGiver base plans for both new policies and existing policies, as long as the existing policies have been in force for at least one year, subject to applicable terms and conditions

2 . How many health packages of SMARTCare Medical?

Answer: There are four health packages: Core, Plus, Pro and Ultra.

Package	Core (USD)	Plus (USD)	Pro (USD)	Ultra (USD)
Area of cover	ASEAN Excluding Singapore	ASIA	ASIA	Global Excluding USA
Overall Annual Maximum (Illness/Accident)	8,000	15,000	30,000	45,000
Childbirth Annual Maximum	No benefit	No benefit	No benefit	1,200
Co-Payment	0%	0%	0%	0%

3 . How old must I be to use the SMARTCare Medical plan?

Answer: You can start using the SMARTCare Medical plan under the following conditions:

- ▶ When attached to the CareGiver plan: The eligible entry age for **SMARTCare Medical** is 6 to 55 years old.
- ▶ When attached to the SECURECare plan: The eligible entry age for **SMARTCare Medical** is 18 to 55 years old.

4 . What are the available policy terms, premium term and premium mode eligible for SMARTCare Medical?

Answer:

Since SMARTCare Medical is guaranteed renewable yearly, its Policy and Premium Terms are aligned with the Basic Plan. However, only basic plans with Annual Mode and Full Regular Pay are eligible for rider attachment.

A. Eligible Example: Mr. Sokha purchases a CareGiver with the following features:

- ▶ Policy Term: 15 years
- ▶ Premium Term: 15 years (Full Regular Pay equal to policy term)
- ▶ Payment Mode: Annual
- ▶ Conclusion: Because the Basic Plan is Annual Mode and Policy Term equals Premium Term, Mr. Sokha is eligible to attach the **SMARTCare Medical** Rider.

B. Non Eligible Example: Ms. Lina purchases CareGiver with:

- ▶ Policy Term: 15 years
- ▶ Premium Term: 10 years (Limited Pay not equal to policy term)
- ▶ Payment Mode: Annual
- ▶ Conclusion: Even though the payment mode is Annual, Policy Term $\neq$ Premium Term, so **SMARTCare Medical** cannot be attached

5 . What is Waiting Period? How is it counted?

Answer: Waiting Period is a period of time, expressed in a number of days or months during which Treatment is not covered or only certain sub-limit is allowed under the Policy. Waiting period is applied to all plans Core, Plus, Pro and Ultra. The waiting periods apply to all benefits of the packages, except Additional Outpatient Benefit.

Waiting Period Counting Rules

A. For New Issuance Policy of the Rider: For a newly issued policy, the waiting period for the Medical Rider begins from the Rider Effective Date, which is defined as the date the application is signed and the payment is received. This applies even if the Medical Rider is attached to and dependent on the Basic Plan.

B. For Rider Reinstatement: When a policy is reinstated, all waiting periods restart and will be counted from the date the reinstatement request is accepted and processed.

C. For Rider Attachment After Point of Sale: If applied before the premium due date or during grace period : The waiting period is counted from the Policy Anniversary of the Basic Plan.

- ▶ The Medical Rider may only be requested for attachment within 30 days before the Basic Plan's Policy Anniversary, and no coverage will apply during this period as it will be effective on policy anniversary.
- ▶ The Medical Rider may also be requested during the grace period of the Basic Plan.
- ▶ In both cases, the waiting period will begin only after the Rider is accepted and issued, but waiting period will still be counted from the Policy Anniversary of the Basic Plan.
- ▶ Rider attachment is not allowed after grace period.

D. For Upgrade Plan - If applied before the premium due date or during grace period : The waiting period will be re-applied and counted from the policy anniversary date.

- ▶ The Medical Rider may only be requested for upgrade within 30 days before the Basic Plan's Policy Anniversary, and no new benefit plan will apply during this period as it will be effective on policy anniversary
- ▶ The Medical Rider Upgrading may also be requested during the grace period of the Basic Plan. If we accept the policy upgrade, the upgraded benefits will take effect from the policy anniversary. Any claims made before the policy upgrade will be subject to the old package.
- ▶ In both cases, the waiting period will begin only after the Rider is accepted and issued, but waiting period will still be counted from the Policy Anniversary of the Basic Plan.
- ▶ Package upgrade is not allowed after grace period.

6 . What are the differences between in-patient, day-patient and out-patient?

Answer:

Term	Key Criteria	Admission Required?	Overnight Stay?	Examples
In-Patient	Formally admitted and stays in a hospital/clinic to receive treatment	✓	✓ Yes (1 Night or more)	Surgery requiring hospitalization, overnight monitoring
Day-Patient	Formally admitted and stays in a hospital/clinic but discharged the same day	✓	✗	Same day surgeries with admission
Out Patient	Receives treatment without being admitted to a hospital bed	✗	✗	Consultation, diagnostics, minor procedures without admission,

7 . What are the differences between Hospital/Clinic and Cabinet?

Answer :

Facility Type	Description	Services Allowed	Admission Allowed?
Hospital/Clinic	A legally licensed medical or surgical establishment as a under the laws of the country	In patient + Day patient + Out patient	✓ Yes – Can admit patients for overnight or same day treatment
Cabinet	A licensed private outpatient facility (medical, dental, aesthetic, etc.)	Out patient only	✗ No – Cannot provide inpatient or day patient services

8 What are Area of Cover, Overall Annual Maximum, Sub-limit, and Co-payment?

Answer :

Meaning	Package	Core (USD)	Plus (USD)	Pro (USD)	Ultra (USD)
Countries where the Rider provides coverage	Area of cover	ASEAN Excluding Singapore	ASIA	ASIA	Global Excluding USA
Maximum the Rider pays each rider year for all eligible medical expenses (IP/DP, OP, other benefits), excluding Additional Outpatient Benefit.	Overall Annual Maximum (Illness/ Accident)	8,000	15,000	30,000	45,000

Sub-limits, smaller limits, for specific benefits within the Rider. They sit inside the Overall Annual Maximum. Additional Outpatient Benefit has its own separate sub limits and are not part of Overall Annual Maximum.	Childbirth Annual Maximum	មិនមាន	មិនមាន	មិនមាន	1,200
Percentage of expenses the Life Insured must pay for subject to specified limits. SMARTCare Medical has 0% co pay ; eligible expenses are fully covered within limits.	Co-payment	0%	0%	0%	0%

9 . What Principle of Subrogation?

Answer: Principle of Subrogation: The Company's right to recover any expenses it has paid to the Life Insured from the parties who cause the loss or damage to the Life Insured.

- **In simple terms:** Your insurer pays you first, then goes after the responsible party to get the money back. The Insured cannot get double pay on this. This rider to recover expenses paid out under the Policy that may be recovered from any other sources.
- **Scenario:**
 - ▶ Your car is hit by another driver who is legally at fault.
 - ▶ You are injured and go to the hospital.
 - ▶ Your medical expenses cost \$1,000.
 - ▶ Your insurance company pays the \$1,000 under your medical rider.
- **How Subrogation Works:**
 - ▶ The insurer pays your medical bill so you don't have to wait for the responsible party (another driver) to settle.
 - ▶ Because the other driver caused the accident, they (or their insurer if available) are actually responsible for the cost.
 - ▶ After paying your claim, your insurer has the right to "step into your shoes" and recover the \$1,000 from the at fault driver or their insurance company (if available).
 - ▶ You cannot claim the same \$1,000 again from the other driver because the insurer has already paid and taken over that right.

10 . What is Principle of Indemnity?

Answer: Principle of Indemnity: Insurance restores the Life Insured to the financial position they were in before the loss—not better, not worse. It compensates actual loss, not profit. In simple terms: Insurance pays only the actual loss so you are “made whole,” not better off than before the incident.

▪ **Scenario:**

- ▶ You are hospitalized for dengue fever.
- ▶ The total hospital bill is \$850.
- ▶ Your medical insurance has an Overall Annual Maximum e.g. \$8,000 much higher than that

▪ **How Indemnity Works:**

- ▶ The insurer reviews the hospital bill.
- ▶ If the charges are reasonable, customary, and medically necessary, the insurer pays exactly \$850, not \$8,000.
- ▶ You are restored to your financial position before the illness – you do not lose money, and you do not gain money.

11 . How does waiting period apply?

Answer: Waiting Period – For example, Package ULTRA

▪ **Illness – 30 Days**

- ▶ No coverage for any illness occurring within the first 30 days
- ▶ After the waiting period, eligible claims are payable up to the Overall Annual Maximum of \$45,000.

▪ **Severe Conditions – 6 Months**

- ▶ If two severe conditions, e.g: Cancer and Carcinoma, are diagnosed within the first 6 months: Coverage is limited to \$3,000 permanently for those two severe conditions (instead of the Overall Annual Maximum of \$45,000).
- ▶ After the waiting period: Other Severe conditions, except Cancer and Carcinoma are covered up to the Overall Annual Maximum of \$45,000.

▪ **Maternity Complications – 10 Months**

- ▶ No coverage for maternity complications occurring within the first 10 months
- ▶ After the waiting period: Coverage is payable up to the Sub Annual Limit of \$3,000 (not the Overall Annual Maximum of \$45,000).

▪ **Pregnancy and Delivery – 10 Months**

- ▶ No coverage for delivery, newborn complications or pre and post-natal care occurring within the first 10 months.
- ▶ After the waiting period: Claim are payable up to the Childbirth Annual Limit of \$ 1,200 (not the Overall Annual Maximum of \$45,000).

▪ **Listed Conditions – 12 Months**

- ▶ No coverage for listed conditions diagnosed within the first 12 months.
- ▶ After the waiting period: Coverage is payable up to the Overall Annual Maximum of \$45,000

▪ **Pre Existing Conditions – 36 Months**

- ▶ No coverage for pre existing conditions during the first 36 months.
- ▶ After the waiting period:
 - Pre existing non-chronic conditions & complications: Covered up to 3,000 per year (not the Overall Annual Maximum of \$45,000).
 - Pre existing chronic conditions & complications: Covered up to \$1,500 per year (not the Overall Annual Maximum of \$45,000).

Summary Table

Item	30 Days	6 th month	10 th month	12 th month	3 rd year	Afterwards
Illness	No Cover					
Severe Conditions Diagnosed early	If diagnosed during this period, permanent annual sub limit applies					
Maternity Complications	No Cover					
Pregnancy and Delivery	No Cover					
Listed Conditions	No Cover					
Pre-existing Conditions	No Cover					

12 . What are included in Severe Conditions?

Answer: Severe Conditions include:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">1 . Cancer,2 . Carcinoma,3 . Leukemia,4 . Coronary Artery Disease,5 . Heart Disease,6 . Diabetes, Sclerosis,7 . Systemic Lupus Erythematosus (SLE), | <ul style="list-style-type: none">8 . Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD),9 . Brain tumor,10 . Kidney failure,11 . Liver disease,12 . Pancreatic failure,13 . Motor Neuron Disease, and14 . HIV |
|---|--|

13 . What conditions are covered in Maternity Complications?

Answer: The following are conditions covered in Maternity Complications:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">1. Accreta placenta,2. Amniotic fluid embolism,3. Antepartum and/or intrapartum hemorrhage,4. Breech presentation delivery,5. Choriocarcinoma and/or hydatidiform mole,6. Complications resulting in a caesarean hysterectomy,7. Disseminated intravascular coagulation,8. Ectopic pregnancy,9. Fourth degree perineal laceration,10. Infection of amniotic sac and/or membranes,11. Still birth,12. Maternal death, | <ul style="list-style-type: none">13. Miscarriage $\geq$ 18 weeks,14. Complication from Multiple pregnancy (e.g. twins or higher order multiples) resulting in c-section15. Obstetric cholestasis,16. Placenta previa,17. Placental abruption,18. Postpartum hemorrhage,19. Postpartum inversion of uterus,20. Eclampsia,21. Retained placenta and/or membranes,22. Transverse presentation23. Twin-to-twin transfusion syndrome24. Uterine rupture. |
|---|--|

Not Covered Conditions:

- ▶ Assisted reproductive technologies, including but not limited to In Vitro Fertilization (IVF), artificial insemination, ovulation induction, embryo transfer, or any Related procedures.
- ▶ Elective termination of pregnancy, except where medically necessary and specifically listed as an eligible maternity complication under this rider.
- ▶ Complications not listed in the defined list of eligible maternity complications set out in this rider.
- ▶ Normal pregnancy, normal delivery, or post-delivery care not arising from a listed maternity complication.
- ▶ Baby wellness, routine neonatal care, or preventive services, except where expressly stated as covered.
- ▶ Self-inflicted injury, illegal acts, or substance abuse leading to maternity complications.

14 . What are the Listed Conditions?

Answer: Listed Conditions include:

- 1 . Arthritis (non-infectiv e), osteoarthritis, osteoporosis, gout, rheumatism, spinal illnesses, joints replacement therapy**
- 2 . Chronic ear, nose, throat or other ENT illnesses, and ENT surgeries, including, but not limited to, adenoidectomy, mastoidectomy tonsillectomy, tympanoplasty, nasal septum deviation, sinusitis, bronchiectasis, cholestasis**
- 3 . Benign prostatic hypertrophy**
- 4 . Cataract**
- 5 . Dilatation and curettage**
- 6 . Fistula fissure in the anus, hemorrhoids,**
- 7 . Surgery of genitourinary system unless necessitated by malignancy**
- 8 . All types of hernia hydrocele**
- 9 . Hysterectomy for menorrhagia or fibromyoma or prolapse of uterus unless necessitated by malignancy**
- 10. Internal tumor, skin tumors, cysts, mass, nodules, polyps including breast lumps unless malignant**
- 11 . Kidney Stones, ureteral stone, lithotripsy, gallbladder stone**
- 12 . Myomectomy for fibroids**
- 13 . Varicose veins and varicose ulcers**
- 14 . Pilonidal sinus, gastric and/or duodenal ulcers**

15 . What do Pre-existing Conditions refer to?

Answer: Pre-existing conditions:

- ▶ You have received medication, advice, or Treatment for before the commencement date/reinstatement date/acceptance date of the rider
- ▶ You have experienced symptoms of before the commencement date of the/ reinstatement date/date of acceptance of the Rider, whether or not the condition was diagnosed.

There are two types of pre-existing conditions:

- ▶ **Pre-existing Non-chronic conditions and Complications:** Those Pre-existing Conditions will be considered non-chronic, where they do respond quickly to treatment and do not require continuous maintenance and treatment.
- ▶ **Pre-existing Chronic conditions and complications:**
 - Chronic Condition means any illness, disease, or medical condition which lasts, or is expected to last, for six (6) consecutive months or more, or requires ongoing long-term medical management, such as continuous medication, regular monitoring, or maintenance therapy.
 - Those Pre-existing Conditions will be considered chronic, where they do not respond quickly to treatment and do require continuous maintenance and treatment as per definitions above.

16 . If I attach SMARTCare Medical Rider Package Pro with SecureCare Term 15, I have used up the Overall Annual Maximum \$30,000 this year. For the following years, do I still have the same Overall Annual Maximum or reduced?

Answer: For the following years, you will have the same Overall Annual Maximum without any reduction. It is auto reset to full Overall Annual Maximum every renewed year.

- ▶ **Example:** Mr. Chan has SMARTCare Medical Rider – Pro attached to SECURECare Term 15.
 - Overall Annual Maximum: \$30,000
 - In Year 1, he fully utilizes the \$30,000 due to hospitalization.
- ▶ Upon policy renewal, the Overall Annual Maximum automatically resets to \$30,000 again.
 - The previous year's usage does not reduce future limits.
 - This reset applies every renewal year as long as the policy remains in force.

17 . Is OP Annual Maximum of Additional Outpatient Benefit part of the Overall Annual Maximum?

Answer: No. OP Annual Maximum of Additional Outpatient Benefit is separate from and in addition to the Overall Annual Maximum.

- ▶ **Example:** In Package Pro, the Overall Annual Maximum is \$30,000, and the Additional OP Annual Maximum of \$300 is paid on top of the \$30,000. Thus, in total, you have \$30,300 in the package.

18 . How does Additional Outpatient Benefit work?

Answer: In Package Pro, Mr. Sokha incur total medical expenses \$100:

- ▶ OP Visit: \$30
- ▶ Prescribed vitamins and mineral supplements: \$70

A. Limits of Additional Outpatient Benefit:

- OP Annual Maximum: \$300
- OP Per Visit Limit: \$50 (subject to above limit)
- Prescribed vitamins and mineral supplements: \$70 (subject to two above limits)

B. Claimable and Non-Claimable

- The claimable amount is \$50
- The non-claimable is \$50 (out-of-pocket for the life insured) = \$100 (total expenses) – \$50 (capped per visit)

B. Claimable and Non-Claimable

- The claimable amount is \$50
- The non-claimable is \$50 (out-of-pocket for the life insured) = \$100 (total expenses) – \$50 (capped per visit)

19 . Who is the Beneficiary of SMARTCare Medical?

Answer: The Beneficiary of this rider is the Life Insured or Policy Owner in case the Life Insured is under 18 shown in the Certificate of Insurance. If the Beneficiary is different from the Life Insured or Policy Owner in case the Life Insured is under 18, please provide an "Authorization letter" and supporting documents signed by the Life Insured or Policy Owner in case the Life Insured is under 18.

20. Under Package Ultra, how is a Caesarean section (C section) delivery covered?

Answer:

- ▶ **C Section for Child Delivery** is performed as part of routine childbirth or newborn delivery, whether medically necessary or not, will be covered under Delivery is subject to the: Childbirth Annual Maximum: \$1,200
- ▶ **Medically Necessary C Section Due to Maternity Complications** will be covered under the Maternity Complications benefit and is subject to the: Maternity Complication sub limit: \$3,000. In this case, the Childbirth Annual Maximum does not apply.

21. Can I use two packages at the same time, for example Pro and Ultra together?

Answer: No, you can only use one package at a time. You may upgrade or downgrade your package, but you cannot use two packages simultaneously because SMARTCare Medical provides benefits on an actual-expense reimbursement basis.

22. Is Covid 19 Covered

Answer: Yes. COVID 19 is covered under SMARTCare Medical as a general illness, subject to:

- ▶ The 30 day waiting period for general illnesses
- ▶ The Overall Annual Maximum of the selected package (Core, Plus, Pro, Ultra)
- ▶ All standard terms, conditions, and sub limits

23. Are there any exclusion included?

Answer: Yes. SMARTCare Medical follows standard medical insurance exclusions. For the full list, please refer to the Policy Terms and Conditions or Brochure.

24. What happens if I miss the premium payment on policy due date?

Answer: If the premium is not paid on the due date:

- ▶ **Grace Period:** A 30 day grace period applies for premium payment. Coverage continues during this time.
- ▶ **If Premium Is Paid Within Grace Period:**
 - Coverage continues.
 - No waiting period restart.
 - Rider remains active.
- ▶ **If Premium Is Not Paid After Grace Period**
 - The rider will lapse, and coverage stops.
 - All waiting periods will restart if the rider is reinstated and accepted later.
 - All outstanding premiums must be paid along with reinstatement request form if the reinstatement is applied within the first policy year of lapsation from the last premium due date
 - Only 1 year premium and reinstatement request are required if the reinstatement is applied within the duration of the 2nd policy year of lapsation from the last premium due date.
 - If the policy is not reinstated in 24 months from the last premium due date, the policy and this rider will be terminated.

25. Can I upgrade the package?

Answer: Yes, upgrading to a higher package (e.g., Core → Plus → Pro → Ultra) is allowed under these conditions:

- ▶ The upgrade request must be submitted within 30 days before the Basic Plan Policy Anniversary or during the grace period.
- ▶ The upgrade becomes effective on the Policy Anniversary if it is applied before Policy Anniversary Date and If it is applied within grace period then the upgrade becomes effective on the day it is accepted and upgraded.
- ▶ Waiting periods will re-apply starting from the Policy Anniversary
- ▶ Upgrading is not allowed after the grace period.
- ▶ Any claims happening before the Upgrade request become effective will be subject to old plan.

26. Can I downgrade the package?

Answer: Yes. You may downgrade to a lower package (e.g., Ultra → Pro → Plus → Core):

- ▶ The downgrade request must be submitted 30 days before Policy Anniversary or during the grace period.
- ▶ The new plan will take effect on the Policy Anniversary.
- ▶ No new waiting periods will be applied for downgrades
- ▶ Downgrading is not allowed after the grace period.

27. Can I cancel this medical rider plan?

Answer: Yes, cancellation is allowed at any time.

- ▶ There is no surrender benefit
- ▶ If you cancel before the end of the paid coverage period and no claims were made, you will receive 90% of the remaining unused premium.
 - **Example:** Annual rider premium = \$500 Cancellation at mid-year with no claims
 Remaining Unused Premium = \$250 Refund = \$250 × 90% = \$225

28. How do I submit the Reimbursement Claim?

Answer: You can submit reimbursement claims through ASSURNET, our Third-Party Administrator (TPA):

Documents	In-Patient Treatment	Day-Patient Treatment	Out-Patient Treatment	Accident
Claim Form for Offline Claim Submission	✓	✓	✓	✓
Invoice with details charged and Receipts	✓	✓	✓	✓
Medical Certificate or Discharged Summary or admission letter or Medical Report	✓	✓	✓	✓
All Examination Results such as Lab test; X-Ray; CT Scan; other imaging results...etc. (If any)	Required if there are these diagnostic tests during the treatment.	Required if there are these diagnostic tests during the treatment..	Required if there are these diagnostic tests during the treatment.	Required if there are these diagnostic tests during the treatment.
Prescriptions from Licensed Medical Doctor (If any)	If any	✓	✓	If any
Chronology of Accident or Police Report (If any)	—	—	—	✓

Submission Methods

- ▶ Through Online Claim the claim amount is $\leq$ \$300
- ▶ Original Documents must be submitted if the claim amount is $>$ \$300

A. Through ASSURNET (TPA)

- Email: help@assurnet-health.com
- Website: <https://assurnet-health.com/> (Online Claim)

B. Through ASSURNET (TPA)

- ASSURNET Office: 5th floor, #30 Norodom Blvd, Psar Thmey 3, Daun Penh, Phnom Penh, Cambodia. Or
- Submit documents to Daiichi Life (your IIA/ISS or Nearest Branch)

PA 24/7 Hotline for assistance

- ☎ +855 (0)10 955 332 ▶ Smart
- ☎ +855 (0)78 955 332 ▶ Cellcard
- ☎ +855 (0)71 89 55 333 ▶ Metfone

29. Can I choose to visit or get treatment in any hospital?

Answer:

- ▶ Direct Billing = Hospital network only
- ▶ Reimbursement = any licensed medical provider

