

**សំណើសម្រាប់ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ MEDICARE**

អាចផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ៖

អាសយដ្ឋាន៖ លេខទូរសារ៖  
**Blue Shield of California** **(888) 697-8122**  
**Pharmacy Services**  
**PO Box 2080**  
**Oakland, CA 94604-9716**

អ្នកក៏អាចស្នើសុំការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងពីយើងតាមទូរសព្ទតាមលេខ **(800) 535-9481**  
 ឬតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)។

**នរណាអាចដាក់សំណើ៖**

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងពីយើងជំនួសអ្នក។  
 ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ) ដាក់សំណើឱ្យអ្នក  
 បុគ្គលនោះត្រូវតែជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។  
 ទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឈ្មោះអ្នកតំណាង។

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកចុះឈ្មោះ៖**

|                            |                                   |                  |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------|
| ឈ្មោះអ្នកចុះឈ្មោះ៖         |                                   | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត |
| អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ |                                   |                  |
| ទីក្រុង                    | រដ្ឋ                              | លេខកូដហ្សឺប      |
| លេខទូរសព្ទ                 | លេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖ |                  |

**បំពេញផ្នែកខាងក្រោមតែក្នុងករណីដែលបុគ្គលដែលដាក់សំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ  
 ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ៖**

|   |      |             |
|---|------|-------------|
| ឈ្មោះអ្នកស្នើ                               |      |             |
| ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកស្នើសុំជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ |      |             |
| អាសយដ្ឋាន                                   |      |             |
| ទីក្រុង                                     | រដ្ឋ | លេខកូដហ្សឺប |
| លេខទូរសព្ទ                                  |      |             |

**ឯកសារតំណាងសម្រាប់សំណើដែលធ្វើឡើងដោយនរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ  
ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖**

**ភ្ជាប់ឯកសារ ដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិតំណាងអ្នកចុះឈ្មោះ (បំពេញទម្រង់បែបបទផ្តល់សិទ្ធិតំណាង CMS-1696  
ឬទម្រង់បែបបទសមមូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការតែងតាំងអ្នកតំណាង  
សូមទាក់ទងគម្រោងរបស់អ្នក ឬ 1-800-Medicare ។**

**ឈ្មោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ** (ប្រសិនបើស្គាល់ សូមបញ្ជូលកម្លាំង  
និងបរិមាណដែលបានស្នើសុំក្នុងមួយខែៗ)៖

**ប្រភេទនៃសំណើការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង**

- ខ្ញុំត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង  
(ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ)។\*
  - ខ្ញុំបាននិងកំពុងតែប្រើឱសថ ដែលពីមុនមក  
ត្រូវបានបញ្ជូលក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង ប៉ុន្តែត្រូវបានគេដកចេញ  
ឬត្រូវបានគេដកចេញពីបញ្ជីនេះក្នុងអំឡុងពេលនៃគម្រោង (ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ)។\*
  - ខ្ញុំស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញក្នុងវេជ្ជបញ្ជា។\*
  - ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការតម្រូវឱ្យខ្ញុំសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀត មុនពេលខ្ញុំទទួលបានឱសថ  
ដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំចេញឱ្យក្នុងវេជ្ជបញ្ជា (ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ)។\*
  - ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះការដាក់កម្រិតរបស់គម្រោងលើ ចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ (ការដាក់កំណត់បរិមាណ)  
ដែលខ្ញុំអាចទទួលបាន ដើម្បីឱ្យខ្ញុំអាចទទួលបានចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ  
ដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំចេញឱ្យក្នុងវេជ្ជបញ្ជា (ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ)។\*
  - គម្រោងឱសថរបស់ខ្ញុំគិតថ្លៃបង់ប្រាក់រួមខ្ពស់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំចេញឱ្យក្នុងវេជ្ជបញ្ជា  
ជាងការគិតថ្លៃសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតដែលព្យាបាលស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំចង់បង់ប្រាក់រួមទាបជាងនេះ៖  
(ការលើកលែងកម្រិតថ្នាំ)។\*
  - ខ្ញុំបាននិងកំពុងតែប្រើឱសថ  
ដែលពីមុនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងកម្រិតថ្នាំកំបង់ប្រាក់រួមទាបជាងនេះ ប៉ុន្តែត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរចេញ  
ឬត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតថ្នាំកំបង់ប្រាក់រួមខ្ពស់ជាងនេះ (ការលើកលែងកម្រិតថ្នាំ)។\*
  - គម្រោងឱសថរបស់ខ្ញុំបានគិតថ្លៃបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថពីខ្ញុំខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលគួរមាន។
  - ខ្ញុំចង់ទទួលបានប្រាក់សំណងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង  
ដែលខ្ញុំបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន។
- \*ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬក្នុងកម្រិតថ្នាំ  
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រដល់សំណើរបស់អ្នក។ ការស្នើសុំ  
ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន (ឬតម្រូវការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត)  
អាចតម្រូវឱ្យមានព័ត៌មានគាំទ្រ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្រើ  
"ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើសុំការលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន" ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ  
ដើម្បីគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក ។**

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលយើងគួរពិចារណា (ភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រណាមួយដែលមាន):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**កំណត់សម្គាល់សំខាន់៖ ការសម្រេចឆាប់រហ័ស**

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿជាក់ថាការរង់ចាំ 72 ម៉ោងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តតាមស្តង់ដារអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមា អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចឆាប់រហ័ស (លឿន) មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំ 72 ម៉ោងអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់សំណើឆាប់រហ័សទេនោះ យើងនឹងសម្រេចថា តើករណីរបស់អ្នកត្រូវការការសម្រេចឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណា។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សបានទេ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ខិសថដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

គូសផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវការការសម្រេចក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង (ប្រសិនបើអ្នកមានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមភ្ជាប់វាទៅនឹងសំណើនេះ)។

|           |              |
|-----------|--------------|
| ហត្ថលេខា: | កាលបរិច្ឆេទ: |
|-----------|--------------|

**ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើសុំការលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន**

ការស្នើសុំការលើកលែងក្នុងបញ្ជីខិសថ និងកម្រិតថ្នាក់ខិសថ មិនអាចដំណើរការបាន ដោយគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជានោះទេ។ ការស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចតម្រូវឱ្យមានព័ត៌មានគាំទ្រ។

ការស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័ស៖ តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់នេះ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ការអនុវត្តពេលវេលាវគ្គពិនិត្យស្តង់ដារ 72 ម៉ោងអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងការទទួលបានមុខងាររាងកាយអតិបរមាឡើងវិញ។

|                                     |      |              |
|-------------------------------------|------|--------------|
| <b>ព័ត៌មានរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា</b> |      |              |
| ឈ្មោះ:                              |      |              |
| អាសយដ្ឋាន                           |      |              |
| ទីក្រុង                             | រដ្ឋ | លេខកូដប្រទេស |
| ទូរសព្ទនៅការិយាល័យ                  |      | ទូរសារ       |

| ព័ត៌មានរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា  |             |
|-------------------------------|-------------|
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា | កាលបរិច្ឆេទ |

**ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ**

|  |                                      |                           |
|--|--------------------------------------|---------------------------|
| ឱសថៈ   | កម្លាំង និងច្រកបញ្ចូលឱសថក្នុងរាងកាយៈ | ភាពញឹកញាប់ៈ               |
| កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមៈ<br><input type="checkbox"/> ការចាប់ផ្តើមជាថ្មី | រយៈពេលនៃការព្យាបាលដែលរំពឹងទុកៈ       | បរិមាណក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ |
| កម្មស/ទម្ងន់ៈ  | អាឡេហ្ស៊ីនិងឱសថៈ                     |                           |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ - សូមរាយបញ្ជីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ដែលទទួលបានការព្យាបាលដោយឱសថដែលបានស្នើសុំ និងលេខកូដ ICD-10 ដែលត្រូវគ្នា។</b><br>(ប្រសិនបើស្ថានភាពដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថដែលបានស្នើសុំគឺជារោគសញ្ញា ឧ. ភាពស្លេកស្លាំង ការស្រកទម្ងន់ ការដកដង្ហើមបានខ្លី ឈឺទ្រូង ចង្កោរ ជាដើម សូមផ្តល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលបណ្តាលឱ្យមានរោគសញ្ញាទាំងនេះប្រសិនបើដឹង) | លេខកូដ ICD-10 |
|---|---------------|

|                                       |               |
|---------------------------------------|---------------|
| ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតៈ | លេខកូដ ICD-10 |
|---------------------------------------|---------------|

**ប្រវត្តិនៃការប្រើឱសថៈ (សម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពដែលត្រូវការឱសថ ដែលបានស្នើសុំ)**

| ឱសថដែលបានសាកប្រើហើយ<br>(ប្រសិនបើការដាក់កំណត់បរិមាណគឺជាបញ្ហា សូមរាយដួសឯកតា/ដួសសរុបប្រចាំថ្ងៃដែលបានសាកប្រើហើយ) | កាលបរិច្ឆេទនៃការសាកល្បងឱសថ | លទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថពីមុន ការបរាជ័យទល់នឹងភាពធន់ (ពន្យល់) |
|--|----------------------------|---|
|  |                            |   |
|  |                            |   |
|  |                            |   |
|  |                            |   |

តើអ្វីទៅជារបបឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់ស្ថានភាព ដែលតម្រូវឱ្យមានឱសថដែលបានស្នើសុំ?

**សុវត្ថិភាពឱសថ**

|   |
|---|
| តើមាន ការហាមប្រាមដែលបានកត់សម្គាល់ដោយ FDA ណាមួយចំពោះឱសថ ដែលបានស្នើសុំដែរឬទេ?<br><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
|---|

Y0118\_24\_465A\_KH\_C 08092024  
 H2819\_24\_465A\_KH\_C Approved 08202024  
 A53821MADD-KH\_0724

តើមានការព្រួយបារម្ភណាមួយចំពោះ **ប្រតិកម្មឱសថ** ជាមួយនឹងការបន្ថែមឱសថ  
ដែលបានស្នើសុំទៅក្នុងរបបឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះដែរឬទេ?

បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើចម្លើយក្នុងសំណួរណាមួយដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើគឺ បាទ/ចាស សូម 1) ពន្យល់ពីបញ្ហា 2)  
ពីភារកិច្ចអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទល់នឹងហានិភ័យដែលអាចកើតមានទោះបីជាមានការព្រួយបារម្ភដែលបានក  
ត់សម្គាល់ក៏ដោយ និង 3) ផែនការត្រួតពិនិត្យដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព

**ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យខ្ពស់របស់ឱសថចំពោះមនុស្សចាស់**

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ  
តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ ដែលបានស្នើសុំ  
មានលើសពីហានិភ័យដែលអាចកើតមានចំពោះអ្នកជំងឺវ័យចំណាស់នេះដែរឬទេ?

បាទ/ចាស  ទេ

**អាភៀន - (សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោមប្រសិនបើឱសថ ដែលបានស្នើសុំគឺជាអាភៀន)**

តើអ្វីទៅជាកម្រិតដូសសមមូល មីហ្វ្រិន (MED) ប្រចាំថ្ងៃ?  mg/ថ្ងៃ

តើអ្នកស្គាល់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថមានជាតិអាភៀនផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
ប្រសិនបើដូច្នោះមែន សូមពន្យល់ ។

តើកម្រិតដូស MED ប្រចាំថ្ងៃដែលបានបញ្ជាក់ ត្រូវបានកត់សម្គាល់ថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
តើកម្រិតដូស MED  
សរុបទាបជាងនេះនឹងមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីគ្រប់គ្រងការរលីចាប់របស់អ្នកចុះឈ្មោះមែនទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ

**ហេតុផលសម្រាប់ការស្នើសុំ**

**ឱសថជំនួសដែលត្រូវបានហាមឃាត់ ឬបានសាកល្បងពីមុន ប៉ុន្តែមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន ឧ. មានជាតិពុល អាឡែហ្ស៊ី ឬបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល** [បញ្ជាក់ខាងក្រោម  
ប្រសិនបើមិនទាន់បានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកប្រវត្តិឱសថពីមុននៅលើទម្រង់៖ (1)  
ឱសថដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលអវិជ្ជមាន  
រាយបញ្ជីឱសថ និងលទ្ធផលអវិជ្ជមានសម្រាប់ការសាកល្បងនីមួយៗ (3) ប្រសិនបើបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល  
សូមរាយកម្រិតដូសអតិបរមានិងរយៈពេលនៃការព្យាបាលសម្រាប់ឱសថដែលបានសាកល្បង (4)  
ប្រសិនបើមានការហាមប្រាមមិនឱ្យប្រើ  
សូមរាយហេតុផលជាក់លាក់ថាហេតុអ្វីបានជាឱសថដែលពេញចិត្ត/ឱសថក្នុងបញ្ជីផ្សេងទៀតត្រូវបានហាម  
ប្រាម]

**អ្នកជំងឺមានស្ថានភាពពេលប្រើថ្នាំបច្ចុប្បន្នហានិភ័យខ្ពស់នៃលទ្ធផលព្យាបាលអវិជ្ជមានក្នុងការកែសម្រួលជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរឱសថ** ការពន្យល់ជាក់លាក់នៃលទ្ធផលព្យាបាលអវិជ្ជមានខ្លាំង  
ដែលកើតឡើងជាមុន និងមូលហេតុដែលលទ្ធផលអវិជ្ជមានខ្លាំងនេះត្រូវបានកើតឡើង - ឧ. ស្ថានភាព  
នេះមានការលំបាកក្នុងការគ្រប់គ្រង (ឱសថជាច្រើនដែលបានសាកល្បង ឱសថជាច្រើនដែលតម្រូវឱ្យមាន  
ដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាព) អ្នកជំងឺមានលទ្ធផលអវិជ្ជមានខ្លាំងនៅពេលដែលស្ថានភាពនេះមិនត្រូវបាន  
គ្រប់គ្រងពីមុន (ឧ. ការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការទៅជួបពិនិត្យសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរក្រៅពីការ  
ការគាំទ្របេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ការដួល ស្ថានភាពមុខងាររាងកាយមានកម្រិតខ្លាំង ការ  
លឺចាប់មិនក្នុងឱ្យមាន និងការរងទុក្ខនានា) ។ល។

**តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ទម្រង់កំណត់កម្រិតដូសរបស់ឱសថផ្សេងគ្នា និង/ឬកម្រិតដូសរបស់ឱសថខ្ពស់ជាងនេះ** [សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម៖ (1) ទម្រង់កម្រិតដូស និង/ឬកម្រិតដូសដែលបានសាកល្បង  
និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ (2) ពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ (3)  
រួមបញ្ចូលហេតុផលដែលកម្រិតដូសមិនសូវក្រៅពីកញ្ចប់ដូចមុន ប៉ុន្តែមានកម្លាំងខ្ពស់ជាង  
មិនត្រូវយកជាជម្រើសទេ - ប្រសិនបើមានកម្លាំងខ្ពស់ជាងនេះ]

**ការស្នើសុំការលើកលែងកម្រិតថ្នាំក្នុងបញ្ជីឱសថ**  
[សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោមប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកប្រវត្តិឱសថពីមុននៅលើទម្រង់បែបបទ  
នេះទេ៖ (1) បញ្ជីឱសថ ឬឱសថដែលពេញចិត្តដែលបានសាកល្បងហើយ និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ  
(2) ប្រសិនបើលទ្ធផលអវិជ្ជមាន រាយបញ្ជីឱសថ និងលទ្ធផលអវិជ្ជមានសម្រាប់ឱសថនីមួយៗ (3)  
ប្រសិនបើបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល/មិនមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលបានស្នើសុំ  
រាយបញ្ជីកម្រិតដូសអតិបរមា និងរយៈពេលនៃការព្យាបាលសម្រាប់ឱសថដែលបានសាកល្បង (4)  
ប្រសិនបើការហាមប្រាមណាមួយ  
សូមរាយបញ្ជីហេតុផលជាក់លាក់ថាហេតុអ្វីបានជាឱសថដែលពេញចិត្ត/ឱសថក្នុងបញ្ជីផ្សេងទៀតត្រូវបាន  
ហាមប្រាម]

**ផ្សេងទៀត** (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)

**ការពន្យល់ដែលតម្រូវឱ្យមាន** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 >

Y0118\_24\_465A\_KH\_C 08092024  
H2819\_24\_465A\_KH\_C Approved 08202024  
A53821MADD-KH\_0724