

# نموذج طلب المشاركة في خطة الدفع مقابل أدوية الوصفات الطبية في برنامج Medicare

خطة الدفع للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare هي خيار دفع اختياري يعمل مع تغطية أدويةك الحالية من أجل مساعدتك في إدارة تكاليف أدوية القسم D لبرنامج Medicare على نفقتك الشخصية من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير-ديسمبر). يمكن أن يساعدك خيار الدفع هذا في إدارة نفقاتك، ولكنه لا يوفر لك المال أو يُخفّض تكاليف أدويةك.

قد لا يكون خيار الدفع هذا هو الخيار الأفضل لك إذا حصلت على مساعدة في دفع تكاليف أدوية الوصفات الطبية الخاصة بك من خلال برامج مثل Extra Help من Medicare أو State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). اتصل مع Kaiser Permanente للحصول على المزيد من المعلومات.

## أكمل جميع الحقول ما لم يتم وضع علامة اختيارية عليها

يرجى الإشارة إلى إقليم Kaiser Permanente الذي تقيم فيه حالياً:

كاليفورنيا  كولورادو  جورجيا  هاواي  ولايات وسط الأطلسي  شمال غرب  واشنطن

الاسم الأول: اسم العائلة: الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختياري):

Kaiser Permanente

رقم برنامج Medicare: رقم السجل الطبي/الصحي لدى

رقم هاتف المنزل:

تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)

عنوان الشارع للإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق بريد إلا إذا كنت تعاني من التشرد):

المدينة: المقاطعة (اختياري): الولاية: الرمز البريدي:

العنوان البريدي، إذا كان مختلفاً عن عنوانك الدائم (يسمح بإدخال صندوق بريد):  
العنوان:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

## يرجى القراءة والتوقيع أدناه

- أفهم أن هذا النموذج هو طلب للمشاركة في خطة الدفع مقابل أدوية الوصفات الطبية في برنامج Medicare. سوف تتواصل معي Kaiser Permanente إذا احتاجت إلى مزيد من المعلومات.
- أفهم أن التوقيع على هذا النموذج يعني أنني قرأته وفهمته.
- سوف ترسل لي Kaiser Permanente إشعاراً إعلامي عندما تصبح مشاركتي في خطة الدفع مقابل أدوية الوصفات الطبية في برنامج Medicare فعالة. حتى ذلك الحين، أفهم أنني لست مشاركاً في خطة دفع الوصفات الطبية في Medicare.

التاريخ:

التوقيع:

إذا كنت تقوم بإكمال هذا النموذج نيابة عن شخص آخر، قم بإكمال القسم أدناه. يشهد توقيعك على أنك مخول بموجب قانون الولاية بتعبئة نموذج المشاركة هذا وأنت تمتلك وثائق هذا التوكيل في حوزتك إذا طلبها برنامج Medicare.

الاسم:

العنوان (الشارع، المدينة، الرمز البريدي):

رقم الهاتف:

الصلة بالمشارك:

## كيفية تقديم هذا النموذج

قدم نموذجك المكتمل إلى:

Kaiser Permanente - Medicare Unit  
232400 P.O. Box  
2400-92193 San Diego, CA

يمكنك إرسال النموذج المكتمل بالفاكس أو البريد الإلكتروني إلى:

الفاكس: 1-855-355-5334

البريد الإلكتروني: [KPMedicareEnrollments@kp.org](mailto:KPMedicareEnrollments@kp.org)

يمكنك أيضًا استكمال نموذج طلب المشاركة عبر الإنترنت على [kp.org/rxpaymentplan](http://kp.org/rxpaymentplan)، أو على [kp.org/rxpaymentplanwa](http://kp.org/rxpaymentplanwa) إذا كنت موجودًا في منطقة واشنطن، أو الاتصال بنا على رقم الهاتف المدرج أدناه لمنطقتك لتقديم طلبك عبر الهاتف.

يمكنك التحقق من تقدم نموذج طلب المشاركة الخاص بك عبر الإنترنت على [kp.org/medicare/applicationstatus](http://kp.org/medicare/applicationstatus).

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فاتصل بنا على رقم الهاتف المدرج أدناه لمنطقتك، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

ميريلاند/واشنطن/واشنطن العاصمة: 1-888-777-5536

كاليفورنيا: 1-800-443-0815

أوريغون وجنوب غرب واشنطن: 1-877-221-8221

كولورادو: 1-800-476-2167

واشنطن: 1-888-901-4600

جورجيا: 1-800-232-4404

(مقاطعات: Island و King و Kitsap و Lewis و Pierce و Skagit و

هاواي: 1-800-805-2739

Snohomish و Spokane و Thurston و Whatcom و Grays Harbor

[الرموز البريدية: 98541 و 98557 و 98559 و 98568]، ومايسون [الرموز

البريدية: 98524 و 98528 و 98546 و 98548 و 98555 و 98584 و

98588 و 98592]