

فرم درخواست مشارکت در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare

طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت اختیاری است که در کنار پوشش دارویی فعلی‌تان، با توزیع هزینه‌ها در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) در مدیریت هزینه‌های پرداختی از جیب برای داروهای Medicare بخش D به شما کمک می‌کند. این گزینه پرداخت ممکن است در مدیریت هزینه‌ها به شما کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها یا کاهش قیمت داروهایتان نمی‌شود.

اگر از طریق برنامه‌هایی مانند Extra Help از Medicare یا یک State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود کمک دریافت می‌کنید، این گزینه پرداخت ممکن است بهترین انتخاب برای شما نباشد. برای اطلاعات بیشتر با Kaiser Permanente تماس بگیرید.

تمام فیلدها را تکمیل کنید مگر اینکه با عنوان اختیاری علامت‌گذاری شده باشد

لطفاً مشخص کنید که در حال حاضر در کدام منطقه Kaiser Permanente ساکن هستید:

کالیفرنیا کلرادو جورجیا هاوایی ایالات میانه آتلانتیک ایالات شمال غربی واشنگتن

نام کوچک: نام خانوادگی: حرف اول نام میانی (اختیاری):

شماره Medicare: شماره پرونده پزشکی/بهداشتی Kaiser Permanente:

تاریخ تولد: (سال/روز/ماه) شماره تلفن:

آدرس خیابان محل سکونت دائمی (صندوق پستی را وارد نکنید مگر اینکه بی‌خانمان باشید):

شهر: کانتی (اختیاری): ایالت: زیپ‌کد:

آدرس پستی، اگر با آدرس دائمی شما متفاوت است (صندوق پستی مجاز است):

آدرس:

شهر: ایالت: زیپ‌کد:

شهر: ایالت: زیپ‌کد:

قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید

- می‌دانم که این فرم به معنای درخواست شرکت در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare است. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، Kaiser Permanente با من تماس خواهد گرفت.
- می‌دانم که امضای این فرم به معنای این است که اطلاعات فرم را خوانده‌ام و متوجه شده‌ام.
- Kaiser Permanente با ارسال اطلاعیه‌ای، به من اطلاع می‌دهد چه زمان عضویت من در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare فعال می‌شود. می‌دانم که تا آن زمان، عضو طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare نیستم.

امضا: تاریخ:

نوناق قبط هك دهديم يهاوك امش يا ضما .دينك ليمكت ار ريز شخب ،دينك يم ليمكت يرگيد صخش يارب ار مرف نيا رگا ديراد سرتسد رد ار تيخالص نيا دانسا ، Medicare تساوخرد تروص رد و ديراد ار تكراشم مرف نيا ندرک رپ تيخالص يتلايا

نام:

آدرس (خيابان، شهر، ايالت، زيپکد):

شماره تلفن:

نسبت با مشارکت کننده:

مرف نيا لاسرا هوحن

فرم تکميل شده خود را به اين آدرس ارسال کنيد:

Kaiser Permanente - Medicare Unit

P.O. Box 232400

San Diego, CA 92193-2400

شما همچنين مي توانيد فرم تکميل شده خود را به شماره فکس يا آدرس ايميل زير ارسال کنيد:

فکس: 1-855-355-5334

ايميل: KPMedicareEnrollments@kp.org

همچنين، در صورتی که در منطقه واشنگتن هستيد، مي توانيد فرم درخواست مشارکت را به صورت آنلاين در kp.org/rxpaymentplan، يا در kp.org/rxpaymentplanwa تکميل کنيد، يا با شماره تلفن مذکور در زير براي منطقه شما تماس بگيريد تا درخواست تان را از طريق تلفن ارائه کنيد.

مي توانيد پيشرفت وضعيت فرم درخواست مشارکت خود را به صورت آنلاين در kp.org/medicare/applicationstatus بررسی کنيد (شامل منطقه واشنگتن نمی شود).

اگر سؤالی داريد يا براي تکميل اين فرم نياز به کمک داريد، 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 بعدازظهر با شماره تلفن مذکور در زير براي منطقه شما با ما تماس بگيريد. کاربران TTY مي توانند با 711 تماس بگيرند.

مريلند/ويرجينيا/واشنگتن، دي سي: 1-888-777-5536

اورگان و جنوب غربي واشنگتن: 1-877-221-8221

واشنگتن: 1-888-901-4600

کانتی ها: Island، King، Kitsap، Lewis، Pierce، Skagit، Snohomish،

Spokane، Thurston، Whatcom، Grays Harbor (زيپ کدها: 98541،

98557، 98559، 98568)، و Mason (زيپ کدها: 98524، 98528،

98546، 98548، 98555، 98584، 98588، 98592)

کالیفرنیا: 1-800-443-0815

کلرادو: 1-800-476-2167

جورجیا: 1-800-232-4404

هاوایی: 1-800-805-2739