

Medicare դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրի մասնակցության հայտի ձև

Medicare Prescription Payment Plan-ը վճարման կամավոր տարբերակ է, որը գործում է Ձեր ընթացիկ դեղամիջոցների հատուցման հետ՝ օգնելու Ձեզ կառավարել Medicare Մաս D հատուցվող դեղամիջոցների ծախսերը՝ բաշխելով դրանք օրացուցային տարվա վրա (հունվար—դեկտեմբեր):

Այս տարբերակը կարող է օգնել Ձեզ կառավարել Ձեր ծախսերը, սակայն այն չի խնայում Ձեր գումարը կամ չի նվազեցնում դեղամիջոցների ծախսերը:

Վճարման այս տարբերակը կարող է լավագույն ընտրությունը չլինել Ձեզ համար, եթե Դուք օգնություն ստանաք վճարելու Ձեր դեղատոմսով դեղերի ծախսերը այնպիսի ծրագրերի միջոցով, ինչպիսիք են Medicare-ի Extra Help-ը կամ State Pharmaceutical Assistance Program-ը (SPAP): Չանգահարեք Kaiser Permanente-ին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Լրացրեք բոլոր դաշտերը, որոնք չեն նշված որպես կամընտիր

Խնդրում ենք նշել, թե որ Kaiser Permanente **շրջանում** եք ներկայումս բնակվում՝

CALIFORNIA COLORADO GEORGIA HAWAII **ՄԻՋԱՏԼԱՆՏԱՆ ԵՎ ԱՏԼԱՆՏԱՆ**
ՀՅՈՒՍԻՍ-ԱՐԵՎՄՈՒՏԶ WASHINGTON

ԱՆՈՒՆ՝ _____ ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝ _____ ՄԻՋԻՆ ԱՆՎԱՆ անվանատառ (ոչ պարտադիր)՝ _____

Medicare համարը՝ _____ Kaiser Permanente բժշկական/առողջապահական գրանցման համարը՝ _____

Ծննդյան անսաթիվ՝ (OO/ԱԱ/ՏՏՏՏ) Հեռախոսահամար՝ _____

Մշտական բնակության փողոց (մի՛ մոլտքագրեք փոստային արկղը, եթե անօթևան եք)՝ _____

Քաղաք՝ _____ Վարչաշրջան (ոչ պարտադիր)՝ _____ Նահանգ՝ _____ փոստային ինդեքս՝ _____

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է Ձեր մշտական բնակության հասցեից (թույլատրվում է նշել փոստարկղ)՝ _____
Հասցե՝ _____

Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային ինդեքս՝ _____

Կարդացեք և ստորագրեք ստորև

- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևաթուղթը Medicare դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին մասնակցելու հայտ է: Kaiser Permanente-ն կկապվի ինձ հետ, եթե լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունենա:
- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևը ստորագրելը նշանակում է, որ ես կարդացել և հասկացել եմ այն:
- **Kaiser Permanente-ն ինձ ծանուցում կուղարկի՝ տեղեկացնելու համար, երբ իմ մասնակցությունը Medicare դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին ակտիվանա:** Մինչ այդ ես հասկանում եմ, որ ես Medicare դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրի մասնակից չեմ:

Ստորագրություն՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

Եթե Դուք լրացնում եք այս ձևը մեկ ուրիշի համար, լրացրեք ստորև բաժինը: Ձեր ստորագրությունը հավաստում է, որ Դուք լիազորված եք Նահանգի օրենսդրության համաձայն լրացնելու այս մասնակցության ձևը և այս լիազորության փաստաթղթերը կտրամադրվեն ըստ Medicare-ի պահանջի:

Անուն՝

Հասցե (փողոց, քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս)՝

Հեռախոսահամար՝

Կապը մասնակցի հետ՝

Ինչպես ներկայացնել այս ձևը

Ուղարկեք Ձեր լրացված ձևը հետևյալ հասցեին՝

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

Լրացված ձևը կարող եք ուղարկել նաև **ՖԱՔՍՈՎ** կամ **ԷԼ.ՆԱՄԱԿՈՎ**՝

ՖԱՔՍ՝ 1-855-355-5334

ԷԼ.ՓՈՍՏ՝ KPMedicareEnrollments@kp.org

Կարող եք նաև լրացնել մասնակցության հայտի ձևը առցանց՝ kp.org/rxpaymentplan կայքում կամ kp.org/rxpaymentplanwa կայքում, եթե գտնվում եք Washington շրջանում, կամ զանգահարեք մեզ Ձեր շրջանի համար ստորև նշված հեռախոսահամարով՝ Ձեր հայտը հեռախոսով ներկայացնելու համար:

Դուք կարող եք ստուգել Ձեր մասնակցության հայտի ձևի առաջընթացն առցանց kp.org/medicare/applicationstatus (չի վերաբերվում Washington շրջանին) կայքում:

Եթե հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք այս ձևը լրացնելու վերաբերյալ, զանգահարեք Ձեր շրջանի համար ստորև նշված հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր, 8:00-ից մինչև 20:00: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել **711**:

California՝ **1-800-443-0815**

Colorado՝ **1-800-476-2167**

Georgia՝ **1-800-232-4404**

Hawaii՝ **1-800-805-2739**

Maryland/Virginia/Washington, D.C.՝ **1-888-777-5536**

Oregon և Հարավարևմտյան

Washington՝

1-877-221-8221

Washington՝

1-888-901-4600

(Վարչաշրջաններ՝ Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit,

Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor

(փոստային ինդեքսներ՝ 98541, 98557, 98559, 98568) և Mason

(փոստային ինդեքսներ՝ 98524, 98528, 98546, 98548, 98555,

98584, 98588, 98592))