

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួម Medicare គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាម វេជ្ជបញ្ជា

គម្រោង Medicare គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា គឺជាជម្រើសទូទាត់ថ្មីមួយដែលធ្វើការជាមួយការធានារ៉ាប់រង លើឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយលើឱសថចេញពីហោប៉ៅ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក ដោយការចែកថ្លៃចំណាយទាំងនោះពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ **ជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះអាចជួយ អ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនសន្សំប្រាក់ឱ្យអ្នក ឬកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នកនោះទេ។**

ជម្រើសទូទាត់នេះប្រហែលជាមិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយក្នុងការ បង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីដូចជា Extra Help ពី Medicare ឬកម្មវិធី State Pharmaceutical Assistance (SPAP)។ សូមទូរស័ព្ទទៅ Kaiser Permanente សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បំពេញគ្រប់ចន្លោះវាលទាំងអស់ លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ជាជម្រើស

សូមបញ្ជាក់ថាតើតំបន់ Kaiser Permanente មួយណាដែលអ្នកកំពុងរស់នៅនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ៖

CALIFORNIA	COLORADO	GEORGIA	HAWAII	រដ្ឋមហាសមុទ្រអាក្នុងទឹកកណ្តាល	ភាគពាយ័ព្យ
WASHINGTON					

នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____ ឈ្មោះជាអក្សរកាត់កណ្តាល (ជាជម្រើស)៖ _____

លេខ Medicare៖ _____ លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាព Kaiser Permanente៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ _____ លេខទូរសព្ទ៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសំបែង)៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ ខោនធី៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ដែលបានអនុញ្ញាត)៖ _____
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ _____

ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

- ខ្ញុំយល់ដឹងថាទម្រង់បែបបទនេះគឺជាសំណើដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាម វេជ្ជបញ្ជា។ Kaiser Permanente នឹងទាក់ទងមកខ្ញុំ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។
- ខ្ញុំយល់ថា ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីទម្រង់បែបបទនេះ។
- Kaiser Permanente នឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយមកខ្ញុំ ដើម្បីប្រាប់ឱ្យខ្ញុំដឹងពេលដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំ នៅក្នុងគម្រោង Medicare គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា មានសុពលភាព។ រហូតដល់ពេលនោះ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា ទេ។

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់អ្នកផ្សេង សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនៃការចូលរួមនេះ ហើយមានឯកសារនៃការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះដែលមានប្រសិនបើ Medicare ស្នើសុំវា។

ឈ្មោះ:

អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដតំបន់)

លេខទូរស័ព្ទ:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួម:

របៀបដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ។

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទបានបំពេញនេះរបស់អ្នកទៅ:

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

អ្នកក៏អាចបញ្ជូនទូរសារ ឬផ្ញើអ៊ីមែលទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់:

ទូរសារ: **1-855-355-5334**
អ៊ីមែល: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួមតាមអ៊ិនធឺណិតនៅលើ kp.org/rxpaymentplan, ឬនៅលើ kp.org/rxpaymentplanwa ប្រសិនបើអ្នកមានទីតាំងនៅតំបន់ Washington ឬហៅមកយើងតាមលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយខាងក្រោមសម្រាប់តំបន់របស់អ្នកដើម្បីដាក់បញ្ជូនការស្នើសុំរបស់អ្នកតាមរយៈទូរស័ព្ទ។

អ្នកអាចពិនិត្យមើលរដ្ឋានភាពនៃទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួមរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅលើ kp.org/medicare/applicationstatus (មិនអនុវត្តចំពោះតំបន់ Washington)។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយខាងក្រោមសម្រាប់តំបន់របស់អ្នក 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពី 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ **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 និង SW Washington: **1-877-221-8221**
Washington: **1-888-901-4600**
(ខោនធី៖ Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor [លេខកូដ ZIP៖ 98541, 98557, 98559, 98568] និង Mason [លេខកូដតំបន់៖ 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592])