

## Бланк заявления на участие в Medicare План оплаты рецептурных препаратов Medicare

План оплаты рецептурных препаратов Medicare - это вариант оплаты, который Вы можете выбрать по своему желанию в дополнение к текущему страховому покрытию лекарств. Он помогает Вам управлять Вашими расходами на лекарства в рамках части D Medicare, равномерно распределяя расходы в течение всего календарного года (с января по декабрь). **Этот вариант оплаты может помочь Вам регулировать ежемесячные расходы, но он не позволит сэкономить деньги и снизить расходы на лекарственные препараты.**

Этот вариант оплаты может не подойти Вам, если Вы получаете помощь в оплате расходов на рецептурные препараты по таким программам, как Extra Help от Medicare или State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). Позвоните в Kaiser Permanente для получения дополнительной информации.

### Заполните все поля, обязательные к заполнению

Пожалуйста, укажите, в каком **регионе обслуживания** Kaiser Permanente Вы проживаете в настоящее время:

КАЛИФОРНИЯ  
СЕВЕРО-ЗАПАД

КОЛОРАДО  
ВАШИНГТОН

ДЖОРДЖИЯ

ГАВАЙИ

СРЕДНЕАТЛАНТИЧЕСКИЕ ШТАТЫ

ИМЯ: \_\_\_\_\_ ФАМИЛИЯ: \_\_\_\_\_ СРЕДНИЙ инициал (необязательно): \_\_\_\_\_

Ваш номер Medicare: \_\_\_\_\_ Номер Вашей медининской карты/карты здоровья Kaiser Permanente: \_\_\_\_\_

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес постоянного места жительства (Не указывайте номер абонентского ящика, если только у Вас нет постоянного места жительства): \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Округ (необязательно): \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес, если он отличается от Вашего постоянного адреса места жительства (допускается номер абонентского ящика): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

### Прочитайте и поставьте свою подпись ниже

- Я понимаю, что эта форма является заявлением на участие в План оплаты рецептурных препаратов Medicare. Kaiser Permanente свяжется со мной, если им понадобится дополнительная информация.
- Я понимаю, что подписание этой формы означает, что я ее прочитал(а) и понял(а).
- **Kaiser Permanente отправит мне уведомление, чтобы сообщить, когда мое участие в План оплаты рецептурных препаратов Medicare будет активировано.** Я понимаю, что до этого момента я не являюсь участником План оплаты рецептурных препаратов Medicare.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Если Вы заполняете эту форму за другого человека, заполните раздел ниже. Своей подписью Вы подтверждаете, что в соответствии с законодательством штата Вы имеете полномочия заполнять эту форму на участие в плане и имеете документ, подтверждающий Ваши полномочия, который сможете предоставить Medicare при необходимости.

Имя и фамилия:

Адрес (Улица, Город, Штат, Почтовый индекс):

Номер телефона:

Кем Вы приходите участнику:

---

## Как подать эту форму

Отправьте заполненную Вами форму по адресу:

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

Вы также можете отправить заполненную форму по ФАКСУ или ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ:

ФАКС: **1-855-355-5334**

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

Вы также можете подать заявление на участие в плане онлайн на **kp.org/rxpaymentplan** или на **kp.org/rxpaymentplanwa**, если Вы находитесь в регионе штата Вашингтон, или позвоните нам по указанному ниже номеру телефона для вашего региона, чтобы подать Ваше заявление по телефону .

Вы можете следить за ходом рассмотрения Вашего заявления на участие в плане в режиме онлайн на сайте **kp.org/medicare/applicationstatus**. (не применимо для региона штата Вашингтон)

Если у Вас возникли вопросы, Вам нужна помощь в заполнении этой формы, позвоните нам по телефону, указанному ниже для Вашего региона обслуживания, с 8:00 до 20:00, без выходных. Номер для пользователей ТТУ: **711**.

Калифорния: **1-800-443-0815**

Колорадо: **1-800-476-2167**

Джорджия: **1-800-232-4404**

Гавайи: **1-800-805-2739**

Мэриленд/Вирджиния/Вашингтон,

округ Колумбия: **1-888-777-5536**

Орегон или Юго-Запад штата Вашингтон: **1-877-221-8221**

Вашингтон: **1-888-901-4600**

(Округа: Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor (почтовые индексы: 98541, 98557, 98559, 98568), и Mason (почтовые индексы: 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592))