



Đơn yêu cầu tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare

Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán tự nguyện có hiệu lực với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị nhằm giúp quý vị quản lý chi phí thuốc Medicare Phần D tự trả của mình bằng cách chia thành các khoản thanh toán trong suốt năm lịch (tháng 1-tháng 12). **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình nhưng sẽ không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.**

Tùy chọn thanh toán này có thể không phải là lựa chọn tốt nhất cho quý vị nếu quý vị được trợ giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thông qua các chương trình như Extra Help từ Medicare hoặc State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). Hãy gọi cho Kaiser Permanente để biết thêm thông tin.

Hãy hoàn thành tất cả các trường trừ những trường được đánh dấu là tùy chọn

Vui lòng cho biết quý vị hiện đang cư trú ở **khu vực** nào của Kaiser Permanente:

CALIFORNIA **COLORADO** **GEORGIA** **HAWAII**
CÁC TIỂU BANG TRUNG ĐẠI TÂY DƯƠNG **TÂY BẮC** **WASHINGTON**

TÊN: HỌ: TÊN ĐỆM viết tắt (tùy chọn):

Số Medicare: Số Hồ Sơ Y Tế/Bệnh Án Kaiser Permanente:

Ngày sinh: (tháng/ngày/năm) Số điện thoại:

Địa chỉ đường phố thường trú (không điền Hộp Thư Bưu Điện trừ khi quý vị đang gặp phải tình trạng vô gia cư):

Thành phố: Quận (tùy chọn): Tiểu bang: Mã ZIP:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ đường phố thường trú của quý vị (được điền Hộp Thư Bưu Điện):
Địa chỉ:

Thành phố: Tiểu bang: Mã ZIP:

Đọc và ký tên dưới đây

- Tôi hiểu rằng mẫu đơn này là yêu cầu tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare. Kaiser Permanente sẽ liên lạc với tôi nếu cần thêm thông tin.
- Tôi hiểu rằng việc ký tên vào mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn.
- **Kaiser Permanente sẽ gửi thông báo để cho tôi biết thời điểm tôi tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare có hiệu lực.** Cho đến lúc đó, tôi hiểu rằng tôi không phải là người tham gia Chương Trình Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare.

Chữ ký:

Ngày:

Nếu quý vị hoàn thành mẫu đơn này cho người khác, hãy hoàn thành phần dưới đây. Chữ ký của quý vị chứng nhận rằng quý vị được luật Tiểu Bang cho phép điền vào mẫu đơn đăng ký tham gia này và có sẵn tài liệu chứng minh quyền này nếu Medicare yêu cầu.

Tên:

Địa chỉ (Đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP):

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người tham gia:

Cách nộp mẫu đơn này

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành đến:

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

Quý vị cũng có thể gửi mẫu đơn đã hoàn thành qua FAX hoặc EMAIL tới:

FAX: **1-855-355-5334**

EMAIL: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

Quý vị cũng có thể hoàn thành mẫu đơn yêu cầu tham gia trực tuyến tại **kp.org/rxpaymentplan** hoặc tại **kp.org/rxpaymentplanwa** nếu quý vị sống tại khu vực Washington, hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại dưới đây để gửi yêu cầu qua điện thoại.

Quý vị có thể kiểm tra tiến độ xử lý mẫu đơn yêu cầu đăng ký của mình trực tuyến tại **kp.org/medicare/applicationstatus** (không áp dụng cho khu vực Washington).

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp hoàn thành mẫu đơn này, hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại nêu dưới đây dành cho khu vực của quý vị, 7 ngày trong tuần, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY vui lòng gọi số **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 và Tây Nam Washington: **1-877-221-8221**

Washington: **1-888-901-4600**

(Các Quận: Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor [Mã ZIP: 98541, 98557, 98559, 98568] và Mason [Mã ZIP: 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592])