

نموذج طلب المشاركة في خطة الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة الطبية من برنامج Medicare

خطة الدفع للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare هي خيار دفع يعمل مع تغطية أدويةك الحالية من أجل مساعدتك في إدارة التكاليف النثرية التي تغطيها خطتك من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر). قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف الأدوية.

قد لا يكون خيار الدفع هذا هو الخيار الأفضل لك إذا حصلت على مساعدة في دفع تكاليف أدويةك المقررة بوصفة طبية من خلال برامج مثل المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare أو برنامج مساعدة الأدوية التابع للولاية (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). اتصل بـ Kaiser Permanente لمزيد من المعلومات.

أكمل جميع الحقول ما لم يتم وضع علامة اختيارية عليها

يُرجى الإشارة إلى إقليم Kaiser Permanente الذي تقيم فيه حاليًا:

WASHINGTON ☐ NEVADA ☐ لشمال الغربي ☐ HAWAII ☐ GEORGIA ☐ COLORADO ☐ CALIFORNIA ☐ ولايات وسط الأطلسي ☐

الاسم الأول:	اسم العائلة:	الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختياري):
رقم برنامج Medicare:	رقم السجل الطبي/الصحي لدى Kaiser Permanente:	
تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)	رقم الهاتف:	
عنوان الشارع للإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق بريد إلا إذا كنت بلا مأوى):		
المدينة:	المقاطعة (اختياري):	الولاية:
العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال صندوق البريد):		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

يُرجى القراءة والتوقيع أدناه

- أفهم أن هذا النموذج هو طلب للمشاركة في خطة الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare. ستتواصل معي Kaiser Permanente إذا احتاجت إلى مزيد من المعلومات.
- أفهم أن التوقيع على هذا النموذج يعني أنني قرأته وفهمته.
- ستبلغني Kaiser Permanente عندما تصبح مشاركتي في خطة الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare فعالة. حتى ذلك الحين، أفهم أنني لست مشاركًا في خطة الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare.
- أفهم أنه إذا بقيت في الخطة الصحية أو خطة الأدوية نفسها، فستجدد Kaiser Permanente تلقائيًا مشاركتي في خطة الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare في بداية كل سنة تقويمية، ما لم أتواصل مع Kaiser Permanente لإلغاء الاشتراك.

التاريخ:

التوقيع:

إذا كنت تكمل هذا النموذج نيابةً عن شخص آخر، فأكمل القسم أدناه. يشهد توقيعك على أنك مخول بموجب قانون
الولاية بتعبئة نموذج المشاركة هذا وأنت تمتلك مستندات هذا التوكيل في حوزتك إذا طلبها برنامج Medicare.
لاسم:

العنوان (الشارع، المدينة، الرمز البريدي):

رقم الهاتف:

الصلة بالمشارك:

كيفية تقديم هذا النموذج

قدم نموذجك المكتمل إلى:

Kaiser Permanente - Medicare Unit

P.O. Box 232400

San Diego, CA 92193-2400

يمكنك إرسال النموذج المكتمل بالفاكس أو عبر البريد الإلكتروني إلى:

الفاكس: 1-855-355-5334

البريد الإلكتروني: KPMedicareEnrollments@kp.org

يمكنك أيضًا إكمال نموذج طلب المشاركة عبر الإنترنت على kp.org/rxpaymentplan، أو الاتصال بنا على رقم الهاتف المدرج
أدناه لمنطقتك لتقديم طلبك عبر الهاتف.

يمكنك التحقق من تقدم نموذج طلب المشاركة الخاص بك عبر الإنترنت على kp.org/medicare/applicationstatus.

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فاتصل بنا على رقم الهاتف المدرج أدناه لمنطقتك، طوال أيام
الأُسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.

Washington: 1-888-901-4600

(المقاطعات: King، و Kitsap، و Lewis، و Pierce، و

Snohomish، و Spokane، و Thurston، و Grays Harbor، و

[الرموز البريدية: 98541، 98557، 98559، 98568]، و

Mason [الرموز البريدية: 98524، 98528، 98546،

98548، 98555، 98584، 98588، 98592]

California: 1-800-443-0815

Colorado: 1-800-476-2167

Georgia: 1-800-232-4404

Hawaii: 1-800-805-2739

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

Nevada: 1-888-775-7003

Oregon و جنوب غرب Washington: 1-877-221-8221