

Medicare یزیوجت یاهوراد هنیزه تخادرپ حرط رد تکرانسم تساوخرد مرف

طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما همکاری می‌کند تا به شما در مدیریت هزینه‌های دارویی پرداختی از جیب کمک کند؛ این کار با پخش کردن این هزینه‌ها در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) انجام می‌شود. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه یا کاهش هزینه‌های دارو نمی‌شود.

اگر از طریق برنامه‌هایی مانند کمک اضافی (Extra Help) از Medicare یا «برنامه کمک دارویی ایالتی» (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) در پرداخت هزینه‌های دارویتان کمک دریافت می‌کنید، این گزینه پرداخت ممکن است بهترین انتخاب برای شما نباشد. برای دریافت اطلاعات بیشتر، با Kaiser Permanente تماس بگیرید.

تمام فیلدها را تکمیل کنید مگر اینکه با عنوان اختیاری علامت‌گذاری شده باشد

لطفاً مشخص کنید در حال حاضر در کدام منطقه Kaiser Permanente سکونت دارید:

NEVADA ☐ ایالت‌های میانه ساحل اقیانوس اطلس ☐ HAWAII ☐ GEORGIA ☐ COLORADO ☐ CALIFORNIA ☐
WASHINGTON ☐ شمال غربی ☐

مان: یگداوناخ مان: حرف اول نام میانی (اختیاری):

هراמש Medicare: تمالس/یکشزپ هدنورپ هراמש Kaiser Permanente:

تاریخ تولد (سال/روز/ماه): نفلت هراמש:

آدرس خیابان محل سکونت دائمی (صندوق پستی را وارد نکنید مگر اینکه بی‌خانمان باشید):

رهش: (پرایتخا) یتناک: تلایا: یتسپ دک:

آدرس پستی، اگر با آدرس دائمی شما متفاوت است (صندوق پستی مجاز است):

رهش: تلایا: یتسپ دک:

متن زیر را بخوانید و امضا کنید

- می‌دانم که این فرم به معنای درخواست شرکت در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare است.
- Kaiser Permanente در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با من تماس خواهد گرفت.
- می‌دانم که امضای این فرم به این معنی است که فرم را خوانده‌ام و متوجه شده‌ام.
- Kaiser Permanente فعال شدن مشارکت من در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare را به من اطلاع خواهد داد. متوجه هستم که تا آن زمان در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare مشارکت ندارم.
- می‌دانم که اگر در همان طرح سلامت یا دارویی باقی بمانم، Kaiser Permanente مشارکت من در طرح پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare را در ابتدای هر سال تقویمی به طور خودکار تمدید خواهد کرد، مگر اینکه برای انصراف با Kaiser Permanente تماس بگیرم.

امضا (برای امضا کلیک کنید): خیرات:

قبط هك دهدیم یهاوگ امش یاضما .دینک لیمکت ار ریز شخب ،دینک یم لیمکت یرگید صخش یارب ار مرف نیا رگا
رد ار تیخالص نیا دانسا ،Medicare تساوخرد تروص رد و دیراد ار تکرشم مرف نیا ندرک رب تیخالص یتلایا نوناق
دیراد سرتسد

مان:

آدرس (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی):

نفلت هرامش:

هدنک تکرشم اب تبسن:

مرف نیا لاسرا هوحن

فرم تکمیل شده خود را به این آدرس ارسال کنید:

Kaiser Permanente - Medicare Unit

P.O. Box 232400

San Diego, CA 92193-2400

شما همچنین می‌توانید فرم تکمیل شده خود را به شماره فکس یا آدرس ایمیل زیر ارسال کنید:

سکف: **1-855-355-5334**

ایمیا: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

همچنین، می‌توانید فرم درخواست مشارکت را به صورت آنلاین در **kp.org/rxpaymentplan**، یا با شماره تلفن مذکور در زیر
برای منطقه‌تان تماس بگیرید تا درخواست‌تان را از طریق تلفن ارائه کنید.

می‌توانید پیشرفت وضعیت فرم درخواست مشارکت خود را به صورت آنلاین در **kp.org/medicare/applicationstatus**
بررسی کنید.

اگر سؤالی دارید یا برای تکمیل این فرم نیاز به کمک دارید، 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب با شماره تلفن مذکور در زیر برای
منطقه‌تان با ما تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **711** تماس بگیرند.

1-888-901-4600: Washington

(کانتی‌ها: King، Kitsap، Lewis، Pierce، Snohomish،

Harbor Grays، Thurston، Spokane [کدهای پستی:

98541، 98557، 98559، 98568]، و Mason

[کدهای پستی: 98524، 98528، 98546، 98548،

98555، 98584، 98588، 98592]

1-800-443-0815: California

1-800-476-2167: Colorado

1-800-232-4404: Georgia

1-800-805-2739: Hawaii

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

1-888-775-7003: Nevada

1-877-221-8221: Washington بیرغ بونج و Oregon