

Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին-ին մասնակցության դիմումի ձև

Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագիրը վճարման տարբերակ է, որը գործում է դեղերի Ձեր ներկայիս ապահովագրական ծածկույթի հետ միասին և օգնում է կառավարել Ձեր ծրագրով ծածկվող դեղերի համար Ձեր սեփական միջոցներից վճարվող ծախսերը՝ դրանք բաշխելով օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվար-դեկտեմբեր): **Վճարման այս տարբերակը կարող է օգնել Ձեզ կառավարել Ձեր ծախսերը, սակայն այն չի խնայում Ձեր գումարը և չի նվազեցնում դեղերի արժեքը:**

Վճարման այս տարբերակը կարող է լավագույն ընտրությունը չլինել Ձեզ համար, եթե դեղատոմսով դեղերի ծախսերը վճարելու համար օգնություն եք ստանում այնպիսի ծրագրերի միջոցով, ինչպիսիք են Medicare-ի Լրացուցիչ օգնությունը (Extra Help) կամ Դեղերի ծախսերի պետական աջակցության ծրագիրը (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Kaiser Permanente:

Լրացրեք բոլոր դաշտերը, բացառությամբ «ըստ ցանկության» նշումով դաշտերի Խնդրում ենք նշել, թե Kaiser Permanente-ի որ տարածաշրջանում եք ներկայումս բնակվում՝

☐ CALIFORNIA ☐ COLORADO ☐ GEORGIA ☐ HAWAII ☐ ՄԻՋԻՆ ԱՏԼԱՆՏՅԱՆ ՆԱՀԱՆԳՆԵՐ ☐ NEVADA
☐ ՀՅՈՒՍԻՍԱՐԵՎՍՈՒՏԲ ☐ WASHINGTON

ԱՆՈՒՆ՝ ԱԶԳԱՆՈՒՆ՝ ՄԻՋԻՆ ԱՆՎԱՆ սկզբնատառ (ըստ ցանկության)՝

Medicare-ի համար՝ Kaiser Permanente-ի բժշկական/առողջության քարտի համար՝

Ծննդյան ամսաթիվ՝ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) Հեռախոսահամար՝

Մշտական բնակության փողոցի հասցե (մի նշեք բաժանորդային փոստարկղ, եթե անօթևան չեք)՝

Քաղաք՝ Վարչաշրջան (ըստ ցանկության)՝ Նահանգ՝ Փոստային դասիչ՝

Փոստային հասցե, եթե այն տարբերվում է Ձեր մշտական բնակության հասցեից (թույլատրվում է նշել բաժանորդային փոստարկղ)՝

Քաղաք՝ Նահանգ՝ Փոստային դասիչ՝

Կարդացեք և ստորագրեք ստորև

- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևը Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին մասնակցելու դիմում է: Եթե լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն, Kaiser Permanente-ն կկապվի ինձ հետ:
- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևը ստորագրելով հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ այն:
- Kaiser Permanente-ն ինձ կտեղեկացնի, երբ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին իմ մասնակցությունն ուժի մեջ մտնի:** Մինչ այդ ես հասկանում եմ, որ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրի մասնակից չեմ:
- Ես հասկանում եմ, որ եթե մնամ նույն առողջապահական կամ դեղերի ապահովագրական ծրագրում, Kaiser Permanente-ն յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա սկզբին ինքնաբերաբար կերկարաձգի Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին իմ մասնակցությունը, եթե չկապվեմ Kaiser Permanente-ի հետ և չհրաժարվեմ մասնակցությունից:

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

Եթե այս ձևը լրացնում եք մեկ ուրիշի համար, լրացրեք ստորև ներկայացված բաժինը: Ձեր ստորագրությամբ հաստատում եք, որ նահանգային օրենսդրության համաձայն լիազորված եք լրացնելու մասնակցության այս ձևը և Ձեր տրամադրության տակ ունեք այդ լիազորությունը հաստատող փաստաթղթեր, որոնք կարող եք ներկայացնել եթե Medicare-ը պահանջի:

Անուն՝

Հասցե (փողոց, քաղաք, նահանգ, փոստային դասիչ)՝

Հեռախոսահամար՝

Մասնակցի հետ կապը՝

Ինչպես ներկայացնել այս ձևը

Լրացված ձևն ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Kaiser Permanente - Medicare Unit

P.O. Box 232400

San Diego, CA 92193-2400

Լրացված ձևը կարող եք նաև ուղարկել ՖԱՔՍՈՎ կամ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈՍՏՈՎ՝

ՖԱՔՍ՝ **1-855-355-5334**

ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՓՈՍՏ՝ **KPMedicareEnrollments@kp.org**

Մասնակցության դիմումի ձևը կարող եք նաև լրացնել առցանց՝ **kp.org/rxpaymentplan**, կամ զանգահարել մեզ Ձեր տարածաշրջանի համար ստորև նշված հեռախոսահամարով՝ դիմումը հեռախոսով ներկայացնելու համար:

Ձեր մասնակցության դիմումի ընթացքը կարող եք առցանց ստուգել **kp.org/medicare/applicationstatus** հասցեով:

Եթե հարցեր ունեք կամ օգնության կարիք ունեք այս ձևը լրացնելու համար, զանգահարեք մեզ Ձեր տարածաշրջանի համար ստորև նշված հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: ԿԻՄ-ի օգտվողները կարող են զանգահարել **711** համարով:

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

Nevada՝ **1-888-775-7003**

Oregon և Հարավարևմտյան Washington՝

1-877-221-8221

Washington՝ **1-888-901-4600**

(Վարչաշրջաններ՝ King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston, Grays Harbor [փոստային դասիչներ՝ 98541, 98557, 98559, 98568] և Mason [փոստային դասիչներ՝ 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592])