

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួមគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជ បញ្ជា របស់ Medicare គឺជាជម្រើសទូទាត់មួយដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងលើឱសថបច្ចុប្បន្ន របស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃ ចំណាយលើឱសថចេញពីហោប៉ៅដោយគម្រោងរបស់អ្នក តាមរយៈការចែកចែងថ្លៃ ចំណាយទាំងនោះពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ ជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ឬបន្ថយថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទៅ។

ជម្រើសទូទាត់នេះប្រហែលជាមិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា របស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីដូចជា Extra Help ពី Medicare ឬកម្មវិធី State Pharmaceutical Assistance (SPAP)។ ទូរសព្ទទៅ Kaiser Permanente សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បំពេញគ្រប់ចន្លោះបំពេញទាំងអស់ លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ជាជម្រើស

សូមបញ្ជាក់ថា តើតំបន់ Kaiser Permanente មួយណាដែលអ្នកកំពុងរស់នៅនាពេលបច្ចុប្បន្ន នេះ៖

☐ CALIFORNIA ☐ COLORADO ☐ GEORGIA ☐ HAWAII ☐ រដ្ឋនៅតំបន់មជ្ឈិមអាត្លង់ទិក ☐ NEVADA ☐ ភាគពាយ័ព្យ ☐ WASHINGTON

នាមខ្លួន៖	នាមត្រកូល៖	អក្សរដំបូងនៃនាមកណ្តាល (ជាជម្រើស)៖
លេខ Medicare៖	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាពរបស់គម្រោង Kaiser Permanente៖	
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	លេខទូរសព្ទ៖	

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង)៖

ទីក្រុង៖	ខោនធី (ជាជម្រើស)	រដ្ឋ៖	កូដតំបន់៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ P.O. ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	កូដតំបន់៖

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

- ខ្ញុំយល់ថាទម្រង់បែបបទនេះគឺជាសំណើដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។ Kaiser Permanente នឹងទាក់ទងមកខ្ញុំ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។
- ខ្ញុំយល់ថា ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីទម្រង់បែបបទនេះហើយ។
- Kaiser Permanente នឹងជូនដំណឹងដល់ខ្ញុំ នៅពេលដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare មានសុពលភាព។ រហូតដល់ពេលនោះ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ទេ។
- ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំស្ថិតក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថដដែល នោះ Kaiser Permanente នឹងបន្តការចូលរួមរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នៅដើមឆ្នាំតាមប្រតិទិននីមួយៗ លុះត្រាតែខ្ញុំទាក់ទងទៅ Kaiser Permanente ដើម្បីដកខ្លួនចេញ។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

ប្រសិនបើអ្នក កំពុងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់អ្នក ក្មេង សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។ ហត្ថលេខារបស់អ្នក កបញ្ជាក់ថា អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនៃការចូលរួមនេះ ហើយមានឯកសារនៃការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះដែលមានប្រសិនបើ Medicare ស្នើសុំ។

ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ កូដតំបន់)៖

លេខទូរស័ព្ទ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួម៖

របៀបដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ។

បញ្ជូនទម្រង់បែបបទបានបំពេញនេះរបស់អ្នកទៅ៖

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

អ្នកក៏អាចផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកតាមទូរសារឬអ៊ីមែលទៅកាន់៖

ទូរសារ៖ 1-855-355-5334
អ៊ីមែល៖ KPMedicareEnrollments@kp.org

អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួមតាមអនឡាញនៅលើ kp.org/rxpaymentplan (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬហៅមកយើងខ្ញុំតាមលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយខាងក្រោមសម្រាប់តំបន់របស់អ្នក ដើម្បីដាក់បញ្ជូនការស្នើសុំរបស់អ្នកតាមរយៈទូរស័ព្ទ។

អ្នកអាចពិនិត្យមើលដំណើរការនៃទម្រង់បែបបទស្នើសុំការចូលរួមរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅលើ kp.org/medicare/applicationstatus (ជាភាសាអង់គ្លេស) បាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមហៅមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមានរាយខាងក្រោមសម្រាប់តំបន់របស់អ្នក បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 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
Nevada៖ 1-888-775-7003
Oregon និង SW Washington៖ 1-877-221-8221

Washington៖ 1-888-901-4600
(ខោនធី៖ King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston, Grays Harbor (កូដតំបន់៖ 98541, 98557, 98559, 98568) និង Mason (កូដតំបន់៖ 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592))