

Форма запроса на участие в плане Medicare Prescription Payment Plan

План Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который применяется к текущему страховому покрытию лекарственных препаратов и помогает оптимизировать расходы на препараты за счет собственных средств, покрываемые нашим планом, распределяя их по календарному году (с января по декабрь). **Этот вариант оплаты может помочь вам оптимизировать расходы, но не поможет сэкономить деньги или сократить затраты на покупку лекарственных препаратов.**

Этот вариант оплаты **может быть** неоптимальным для вас, если вы получаете помощь в оплате расходов на рецептурные препараты по таким программам как Extra Help от Medicare или Государственная программа помощи в покупке лекарственных препаратов (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) (SPAP). Для получения дополнительной информации обратитесь в Kaiser Permanente.

Заполните все поля, если они не помечены как необязательные

Укажите **регион** Kaiser Permanente, в котором вы сейчас находитесь:

☐ CALIFORNIA ☐ COLORADO ☐ GEORGIA ☐ HAWAII ☐ СРЕДНЕАТЛАНТИЧЕСКИЕ ШТАТЫ ☐ NEVADA
☐ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ РЕГИОН ☐ WASHINGTON

ИМЯ: ФАМИЛИЯ: ОТЧЕСТВО (необязательно):

--	--	--

Номер Medicare:

Номер медицинской карты Kaiser Permanente:

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)

Номер телефона:

Адрес постоянного проживания (не указывайте абонентский ящик, за исключением случаев, когда вы являетесь бездомным (бездомной)):

Город: Округ (необязательно): Штат: Почтовый индекс:

--	--	--	--

Почтовый адрес, если он отличается от адреса проживания (допускается указание абонентского ящика):

Город: Штат: Почтовый индекс:

--	--	--

Прочтите и поставьте свою подпись ниже

- Я понимаю, что данная форма представляет собой запрос на участие в плане Medicare Prescription Payment Plan. Kaiser Permanente свяжется со мной, если потребуется дополнительная информация.
- Я понимаю, что подписывая данную форму, я подтверждаю, что ознакомился (ознакомилась) с ней и понимаю ее содержание.
- **Kaiser Permanente проинформирует меня о начале участия в плане Medicare Prescription Payment Plan.** Я понимаю, что не являюсь участником (участницей) плана Medicare Prescription Payment Plan до того, как буду проинформирован(а) об этом.
- Я понимаю, что если я останусь в том же плане медицинского страхования или страхования лекарственного обеспечения, Kaiser Permanente будет автоматически продлевать мое участие в плане Medicare Prescription Payment Plan в начале каждого календарного года, если я не свяжусь с Kaiser Permanente и не сообщу о своем желании отказаться от участия.

Подпись:

Дата:

Если вы заполняете эту форму за другого человека, заполните раздел ниже. Ваша подпись подтверждает, что у вас есть право заполнять эту форму участия в соответствии с законодательством штата, а также документальное подтверждение этого права, которое вы сможете предоставить по запросу Medicare.

Имя:

Адрес (улица, город, штат, почтовый индекс):

Номер телефона:

Кем вы приходите участнику:

Как отправить эту форму

Отправьте заполненную форму по адресу:

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

Вы также можете отправить заполненную форму по ФАКСУ или ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ:

ФАКС: **1-855-355-5334**

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

Вы также можете заполнить запрос на участие на сайте **kp.org/rxpaymentplan** (на английском языке) или позвонить нам по указанному ниже номеру телефона для вашего региона, чтобы отправить запрос по телефону.

Вы можете отслеживать обработку вашего запроса на участие на сайте **kp.org/medicare/applicationstatus** (на английском языке).

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь с заполнением этой формы, позвоните нам по указанному ниже номеру телефона для вашего региона (с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю): Пользователи ТТУ могут позвонить по номеру **711**.

Калифорния: **1-800-443-0815**

Колорадо: **1-800-476-2167**

Джорджия: **1-800-232-4404**

Гавайи: **1-800-805-2739**

Мэриленд/Вирджиния/Вашингтон,
округ Колумбия: **1-888-777-5536**

Невада: **1-888-775-7003**

Орегон и юго-западная часть штата

Вашингтон: **1-877-221-8221**

Вашингтон: **1-888-901-4600**

(Округа: Кинг, Китсап, Льюис, Пирс,
Снохомиш, Спокан, Терстон, Грейс-Харбор
(почтовые индексы: 98541, 98557, 98559,
98568) и Мейсон (почтовые индексы:
98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584,
98588, 98592))