

Form para sa kahilingan sa pakikilahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na magagamit sa iyong kasalukuyang coverage ng gamot upang tulungan kang pamahalaan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na saklaw ng iyong plano sa pamamagitan ng paghahati-hati sa mga ito sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre). **Maaari kang matulungan ng opsyon sa pagbabayad na ito na mapamahalaan ang iyong mga gastusin, ngunit hindi ka nito matutulungang makatipid o mapababa ang iyong mga gastos sa gamot.**

Maaaring hindi ang opsyong ito sa pagbabayad ang pinakamainam na opsyon para sa iyo kung nakatanggap ka ng tulong sa pagbabayad ng iyong mga gastos sa inireresetang gamot sa pamamagitan ng mga programa tulad ng Extra Help mula sa Medicare o isang Programa ng Estado para sa Tulong sa Gamot (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Tawagan ang Kaiser Permanente para sa higit pang impormasyon.

Kumpletuhin ang lahat ng field maliban na lang kung may markang opsyonal

Isaad kung sa aling **rehiyon** ng Kaiser Permanente ka kasalukuyang nakatira:

☐ CALIFORNIA ☐ COLORADO ☐ GEORGIA ☐ HAWAII ☐ MGA MID-ATLANTIC NA ESTADO ☐ NEVADA
☐ MGA ESTADO SA HILAGANG-KANLURAN ☐ WASHINGTON

PANGALAN: APELYIDO: GITNANG inisyal (opsyonal):

Numero sa Medicare: Numero ng Medikal na Rekord/Rekord ng Kalusugan sa Kaiser Permanente:

Petsa ng kapanganakan: (MM/DD/YYYY) Numero ng telepono:

Street address ng permanenteng tirahan (huwag maglagay ng P.O. Box maliban na lang kung wala kang tirahan):

Lungsod: County (opsyonal): Estado: ZIP code:

Address na papadalhan, kung iba sa iyong permanenteng address (Pinapayagan ang P.O. Box):

Lungsod: Estado: ZIP code:

Basahin at lagdaan ang nasa ibaba

- Nauunawaan ko na ang form na ito ay isang kahilingan sa pakikilahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare. Makikipag-ugnayan sa akin ang Kaiser Permanente kung kailangan pa nila ng impormasyon.
- Nauunawaan ko na ang paglagda sa form na ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang form.
- **Ipapaalam sa akin ng Kaiser Permanente kung kailan magiging aktibo ang aking pakikilahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare.** Bago iyon, nauunawaan ko na hindi ako kalahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare.
- Nauunawaan ko na kung mananatili ako sa parehong planong pangkalusugan o plano sa gamot, awtomatikong irenew ng Kaiser Permanente ang aking pakikilahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare sa pagsisimula ng bawat taon sa kalendaryo, maliban na lang kung makikipag-ugnayan ako sa Kaiser Permanente upang mag-opt out.

Lagda: Petsa:

Kung sinasagutan mo ang form na ito para sa ibang tao, kumpletuhin ang seksyon sa ibaba. Kinukumpirma ng iyong lagda na awtorisado ka, sa ilalim ng batas ng Estado, na punan ang form na ito para sa pakikilahok at mayroon kang dokumentasyon ng awtoridad na ito kung sakaling humingi ng ganito ang Medicare.

Pangalan:

Address (Kalye, Lungsod, Estado, ZIP code):

Numero ng telepono:

Kaugnayan sa kalahok:

Paano isusumite ang form na ito

Isumite ang iyong nasagutan nang form sa:

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

Maaari mo ring I-FAX o I-EMAIL ang iyong nasagutan nang form sa:

FAX: **1-855-355-5334**

EMAIL: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

Maaari mo ring sagutan ang form para sa kahilingan sa pakikilahok online sa **kp.org/rxpaymentplan** (sa Ingles), o tawagan kami sa numero ng telepono na nakalista sa ibaba para sa iyong rehiyon upang isumite ang iyong kahilingan sa pamamagitan ng telepono.

Maaari mong tingnan ang pag-usad ng iyong form para sa kahilingan sa pakikilahok online sa **kp.org/medicare/applicationstatus** (sa Ingles).

Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa form na ito, tawagan kami sa numero ng telepono na nakalista sa ibaba para sa iyong rehiyon, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **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 at SW Washington: **1-877-221-8221**

Washington: **1-888-901-4600**

(Mga County: King, Kitsap, Lewis, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston, Grays Harbor (mga ZIP code: 98541, 98557, 98559, 98568), at Mason (mga ZIP code: 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592))