ទម្រង់បែបបទស្នើសុំ ចុះឈ្មោះបុគ្គល ដើម្បីចុះឈ្មោះនៅក្នុង គម្រោង Medicare Advantage (ផ្នែក C)

OMB លេខ 0938-1378
ផុតកំណត់៖ 7/31/2024

តើអ្នកណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ?

អ្នកដែលមានគម្រោង Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

សារៈសំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកត្រូវតែមានគម្រោងទាំងពីរនេះ៖

- Medicare ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- នៅចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា–ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង

សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះទទួលបានគម្រោង។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះ ដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវរបស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ចំណុចនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺស្រេចចិត្ត - អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញសំណួរទាំងនេះទេ។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងរយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា–ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវកិក្តយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់ចេញពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម (ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួម ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

ទូរសព្ទទៅ Wellcare By Health Net តាម 1-844-917-0175។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់ 711។

ឬសូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

©Wellcare 2022

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានកន្លែងស្នាក់នៅ ឬក្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ (ឧ. មូលប្បទានបត្រសន្តិសុខសង្គម) អាចនឹងត្រូវពិចារណាជ្រើសយកអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

សារ:សំខាន់

សូមកុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាបណ្តឹងទាមទារការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ល។) ទៅការិយាល័យត្រួតពិនិត្យរបាយការណ៍ PRA។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែនជារបៀបកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្ទុកនៃការប្រមូលរបស់ខ្លួនទេ (មានចែងក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបានបំផ្លាញចោល។ ឯកសារនោះនឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ត្រួតពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គម្រោងទេ។ សូមមើល "តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?" នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី 1 – ត្រូវបំពេញនៅកន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះ (ប្រសិនបើមិនសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Wellcare Premium Ultra (HMO)[2] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

- ☐ **009** ខោនធី Alameda, Amador, Contra Costa, San Francisco និង Stanislaus, CA — $133 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **039** ខោនធី Yolo, CA — $100 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **084** ខោនធី Placer និង Sacramento, CA — $163 ក្នុងមួយខែ

Wellcare No Premium (HMO)[2] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

- ☐ **012** ខោនធី Imperial និង San Diego, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **103** ខោនធី Amador, Contra Costa និង Yolo, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **124** ខោនធី Placer និង Sacramento, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Patriot Giveback (HMO)[2] H0562 – មិនរួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទេ

- ☐ **044** ខោនធី Alameda, Amador, Contra Costa, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Mateo, Solano និង Stanislaus, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

- ☐ **079** ខោនធី Fresno, Kern និង Madera, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)[1] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា/ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ (CHF) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

- ☐ **092** ខោនធី Kern, Los Angeles និង Orange, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **118** ខោនធី Fresno និង San Francisco, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare No Premium (HMO) H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

- ☐ **097** ខោនធី San Francisco, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **113** ខោនធី Alameda, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **120** ខោនធី Santa Clara និង Stanislaus, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **125** ខោនធី Los Angeles និង Orange, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **126** ខោនធី Riverside និង San Bernardino, CA — $0 ក្នុងមួយខែ
- ☐ **128** ខោនធី San Mateo និង Solano, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

[1]អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចុះឈ្មោះជាក់លាក់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។
[2]កញ្ចប់បន្ថែមជាជម្រើសត្រូវបានផ្តល់ជូនជាមួយគម្រោងនេះ។

©Wellcare 2022

ផ្នែកទី 1 – ត្រូវបំពេញនៅកន្លែងបញ្ជូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះ (ប្រសិនបើមិនសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត)

ជ្រើសរើសកម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)[1,2] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា/ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ (CHF) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

☐ **114** ខោនធី San Diego, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)[1] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **121** ខោនធី Fresno, Kern, Madera, Orange, San Francisco, និង Tulare counties, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Low Premium (HMO)[2] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **123** ខោនធី Los Angeles, Orange, Riverside និង San Bernardino, CA — $22 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Assist (HMO) H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **127** ខោនធី Amador, Contra Costa, Fresno, Madera, Santa Clara និង Tulare, CA — $10.30 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)[1] H0562 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **129** ខោនធី Los Angeles, Riverside, San Bernardino និង San Diego, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)[1] H3561 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **001** ខោនធី Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento និង Stanislaus, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

☐ **001** ខោនធី Amador និង Sutter, CA — $0 ក្នុងមួយខែ

[1]អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចុះឈ្មោះជាក់លាក់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។
[2]កញ្ចប់បន្ថែមជាជម្រើសត្រូវបានផ្តល់ជូនជាមួយគម្រោងនេះ។

©Wellcare 2022

អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាជម្រើសសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែបន្ថែម

ឈ្មោះគម្រោង	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាជម្រើស
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009	☐ Centene Enhanced Dental, Vision & Wellness Plus $26 ក្នុងមួយខែ
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 039 H0562 – 084	☐ Centene Enhanced Vision & Wellness Plus $16 ក្នុងមួយខែ
Wellcare No Premium (HMO) – H0562 – 012, 103, 124 Wellcare Patriot Giveback (HMO) – H0562 – 044 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) – H0562 – 114 Wellcare Low Premium (HMO) – H0562 – 123	☐ Centene Enhanced Dental $11 ក្នុងមួយខែ

ចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ (រាប់បញ្ចូលចំនួនទឹកប្រាក់បុព្វលាភរ៉ាប់រងកញ្ចប់បន្ថែមជាជម្រើស)

$ _____

កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំមានប្រសិទ្ធភាព

M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2022

ផ្នែកទី 1 – ត្រូវបំពេញនៅកន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះ (ប្រសិនបើមិនសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត)

នាមខ្លួន

នាមត្រកូល

ស្រេចចិត្ត៖ នាមកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

M M D D Y Y Y Y

ភេទ
☐ ប្រុស
☐ ស្រី

លេខទូរស័ព្ទ

អាសយដ្ឋានផ្ទះរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូល PO Box)

ទីក្រុង

ស្រុកចិត្ត៖ ខោនធី

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ លុះត្រាតែខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (PO Box ដែលបានអនុញ្ញាត)

អាសយដ្ឋានផ្ទះ

ទីក្រុង

រដ្ឋ

លេខកូដតំបន់

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare

	មានសិទ្ធិចំពោះ	កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព
	មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)	M M D D Y Y Y Y
	វេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B)	M M D D Y Y Y Y

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

1. តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមពីលើ Wellcare ដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ មិនមាន

   ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

   លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ

   លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ

2. តើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាន/ចាស ☐ ទេ

   ប្រសិនបើ "បាន/ចាស" សូមផ្តល់លេខ Medicaid របស់អ្នក៖

3. តើអ្នកមានជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ (CHF) និង/ឬជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ មិនមាន

©Wellcare 2022

សារៈសំខាន់ៈ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមៈ

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាគម្រោងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោង Wellcare។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា Wellcare នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាពខាងក្រោម)។
- ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA មួយក្នុងពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះ – ហើយការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ករណីលើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Wellcare របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពី Wellcare។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលផ្តល់ដោយ Wellcare និងឯកសារដែលមាននៅក្នុង Wellcare "ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង" របស់ខ្ញុំ (ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា កិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare ឬ Wellcare នឹងមិនទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដែលមាន Medicare ជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ខណៈពេលនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅក្បែរព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅលើពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងដែលមានសិទ្ធិ (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖

  1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង

  2) ឯកសារអំពីការអនុញ្ញាតនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

ហត្ថលេខា៖ _____

កាលបរិច្ឆេទនៅថ្ងៃនេះ៖

M M	D D	Y Y Y Y

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងពេញសិទ្ធិ សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញកន្លែងបញ្ចូលទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន

លេខទូរស័ព្ទ

– –

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ

©Wellcare 2022

ផ្នែកទី 2 – កន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះគឺស្រេចចិត្ត

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញសំណួរទាំងនេះទេ។

តើអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញដែរឬទេ? សូមជ្រើសរើសយកគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងចម្លើយរបស់អ្នក។

☐ ទេ មិននិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញឡើយ
☐ បាទ/ចាស ជនជាតិម៉ិកស៊ិក អាមេរិកម៉ិកស៊ិក ស៊ីកាណូ ☐ បាទ/ចាស ជាជនជាតិព័រតូរីកូ
☐ បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា
☐ បាទ/ចាស និយាយភាសាអេស្ប៉ាញមួយទៀត ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ
☐ **ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ**

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? សូមជ្រើសរើសយកគ្រប់ចំណុចដែលត្រូវនឹងចម្លើយរបស់អ្នក។

☐ ជនជាតិដើមឥណ្ឌា ឬអាឡាស្កាអាមេរិក ☐ ឥណ្ឌាអាស៊ី ☐ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ☐ ចិន
☐ ហ្វីលីពីន ☐ ហ្គាម ឬឆាម៉ូរ៉ូ ☐ ជប៉ុន ☐ កូរ៉េ ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ☐ អាស៊ីផ្សេងទៀត
☐ អ្នកដែនកោះប៉ាស៊ីফิកផ្សេងទៀត ☐ សាម៉ូ ☐ វៀតណាម ☐ ស្បែកស ☐ **ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ**

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

☐ អេស្ប៉ាញ ☐ ចិន ☐ កូរ៉េ ☐ វៀតណាម ☐ តាកាឡុក ☐ អារ៉ាប់ ☐ អាមេនី ☐ ខ្មែរ ☐ ហ្វាស៊ី ☐ រុស្សី

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើព័ត៌មានឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

☐ អក្សរស្តាប ☐ ពុម្ពអក្សរធំ ☐ ស៊ីឌីសំឡេង

សូមទាក់ទង Wellcare តាមលេខ 1-844-917-0175 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន ក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺពីថ្ងៃចន្ទ-អាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ (ល្វែងម៉ោងទាំងអស់) អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់ 711។

---

1. តើអ្នកមានការងារធ្វើដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ មិនមាន
2. តើប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នកមានការងារធ្វើដែរឬទេ? ☐ មាន ☐ មិនមាន

បញ្ជីឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក៖

ខ្ញុំចង់ទទួលបានឯកសារដូចខាងក្រោមតាមរយៈអ៊ីមែល។

ជ្រើសរើសមួយ ឬច្រើន។

☐ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង (EOC)
☐ ផ្ញើតំណមកខ្ញុំដើម្បីទទួលបានឯកសារអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំតាមអ៊ីនធឺណិត

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

©Wellcare 2022

ការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលបច្ចុប្បន្នអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមសំបុត្រ "ការផ្ទេរប្រាក់តាមអេឡិចត្រូនិក" (EFT) ឬ "បណ្ណតណទាន" បានជារៀងរាល់ខែ។ **អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB) របស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់លើចំនួនទឹកប្រាក់នៃការកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (IRMAA ផ្នែក D) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះបន្ថែមលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក។ ជាធម្មតាចំនួនទឹកប្រាក់នេះត្រូវបានយកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានការទូទាត់វិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំទូទាត់ Wellcare នូវ IRMAA ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសជម្រើសបង់ប្រាក់ទេ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រជារៀងរាល់ខែ។

សូមជ្រើសរើសជម្រើសទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង៖

☐ ទទួលបានវិក្កយបត្រ

☐ ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB)។ ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ សន្តិសុខសង្គម ☐RRB

(ការកាត់កងលើសន្តិសុខសង្គម/RRB អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែដើម្បីចាប់ផ្តើម បន្ទាប់ពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB យល់ព្រមលើការកាត់កងនេះ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ប្រាក់ដំបូងពីមូលប្បទានបត្រសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលបុព្វលាភរ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះឈ្មោះរបស់អ្នក រហូតដល់ពេលដែលការកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពី គម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលផលនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពី អ្នកទទួលផល Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (SORN) "ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare Advantage (MARx)" លេខប្រព័ន្ធ 09-70-0588។ ការផ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការផ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

©Wellcare 2022

សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ៖

ឈ្មោះបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/ភ្នាក់ងារកណ្តាល (ប្រសិនបើជួយក្នុងការចុះឈ្មោះ)៖

លេខសម្គាល់គម្រោង #៖ **កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រងមានប្រសិទ្ធភាព៖** M M D D Y Y Y Y

☐ ICEP/IEP ☐ AEP SEP (ប្រភេទ)៖ ☐ មិនមានសិទ្ធិ

ភ្នាក់ងារលក់ Wellcare/ភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត
(តំណាងផ្នែកលក់បុគ្គល/ភ្នាក់ងារដែលបានបំពេញពាក្យសុំ)

ប្រភេទភ្នាក់ងារ (ជ្រើសរើសមួយ)៖ ☐ ភ្នាក់ងារទទួលបានការអនុញ្ញាត ☐ បុគ្គលិក Wellcare

សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម៖

ឈ្មោះតំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារ

NPN តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារ #

ភ្នាក់ងារ/បុត្រសម្ព័ន្ធ FMO៖ (បើមាន)

ID ភ្នាក់ងារ #៖

ព័ត៌មាននេះត្រូវតែត្រឹមត្រូវតាមកំណត់ត្រាអាជ្ញាបណ្ណ Wellcare ដែលបានអនុម័តរបស់អ្នក។

លេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារ #៖ –

អ៊ីមែល

លេខទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារ/FMO # (បើមាន) –

កាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យស្នើសុំរបស់តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត៖ (ពាក្យស្នើសុំត្រូវតែទទួលបាននៅ Wellcare នៅខាងក្នុង រយៈពេល 1 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទនេះ។) M M D D Y Y Y Y

ទីតាំងទទួលពាក្យស្នើសុំ៖ ☐ ការណាត់ជួប ☐ ព្រឹត្តិការណ៍លក់ ☐ ដើរចូល

☐ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖

ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គម្រោង HMO៖

ឈ្មោះ PCP៖ PCP NPI៖

ឈ្មោះ PPG៖ PPG ID៖

តើ PCP/PPG ត្រូវបានជ្រើសរើស និងទទួលយកសម្រាប់គម្រោងដែលបានជ្រើសរើសឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

គ្រូពេទ្យនៃព័ត៌មានជម្រើសសម្រាប់គម្រោង PPO៖

ឈ្មោះ POC៖ POC/PCP NPI៖

អាសយដ្ឋាន POC៖

កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព៖ M M D D Y Y Y Y

ការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់ភ្នាក់ងារកណ្តាល៖ តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារត្រូវទូរសារវិសាលភាពនៃការណាត់ជួប និងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះទៅ 1-844-222-3180។

©Wellcare 2022

ជាទូទៅ អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage តែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ រៀងរាល់ឆ្នាំ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រៅរយៈពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីប្រកាសខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយគូសក្នុងប្រអប់ ប្រសិនបើសេចក្តីប្រកាសនេះអនុវត្តចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការធីកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកបញ្ជាក់ថា តាមចំណេះដឹងរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថា ព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះ។

- ☐ ខ្ញុំជាបុគ្គលថ្មីចំពោះគម្រោង Medicare។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងរយៈពេលចុះឈ្មោះគម្រោង Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទៅក្រៅតំបន់សេវាសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងចេញពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានត្រឡប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រឡប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ *ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)* របស់ខ្ញុំដែលទូទាត់លើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន*ជំនួយបន្ថែម*មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត*ជំនួយបន្ថែម*ឬបាត់បង់*ជំនួយបន្ថែម*) នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ មានទាំងគម្រោង Medicare និង Medicaid (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំជួយទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំទទួលបាន *ជំនួយបន្ថែម*ដោយទូទាត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់ខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ☐ ខ្ញុំកំពុងផ្លាស់ទៅ រស់នៅក្នុង ឬទើបផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់/នឹងផ្លាស់ទៅកាន់/ចេញពីមណ្ឌលព្យាបាលនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានចាក់ចេញពីកម្មវិធី PACE នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2022

- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចទុកចិត្តបានដោយអចេតនា (ការធានារ៉ាប់រងដែលល្អដូចជារបស់ Medicare)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ខ្ញុំនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំជាសមាជិកកម្មវិធីជំនួយឱសថស្ថានដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ គម្រោងរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយ Medicare ឬ Medicare បញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងមួយតាមរយៈ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Special Needs Plan (SNP) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិនៃតម្រូវការពិសេសដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគម្រោងនោះ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង SNP នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។ M M D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំៗ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងអាសន្នរបស់សហព័ន្ធ (FEMA) ឬដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់។ សេចក្តីប្រកាសមួយក្នុងចំណោមសេចក្តីប្រកាសផ្សេងទៀតនៅទីនេះបានអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើសំណើចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយនេះ។
  ខ្ញុំខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះអស់រយៈពេល៖

ប្រសិនបើសេចក្តីប្រកាសទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទង Wellcare តាមលេខ 1-844-917-0175 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងធ្វើការពីថ្ងៃចន្ទ - អាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក - 8 យប់ (ក្រៅម៉ោង)

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាស់ឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចប់ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងមួយចម្លើយ រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យ ដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹង ភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់នេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។ ប៉ុន្តែ សម្រាប់អ្នកទទួលផលពេញលេញ រដ្ឋនឹងរ៉ាប់រងលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងផ្នែក B របស់អ្នក ដរាបណាអ្នករក្សាសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក។

©Wellcare 2022