

ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គល ដើម្បីចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (ផ្នែក C)

OMB លេខ 0938-1378
ផុតកំណត់: 7/31/2024



តើអ្នកណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ?

អ្នកដែលមានគម្រោង Medicare ដែលចង់ចូលរួម
ក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ:

- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានដោយស្រប
ច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

សារៈសំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare
Advantage អ្នកត្រូវតែមានគម្រោងទាំងពីរនេះ:

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

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង:

- នៅចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា-ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់
ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន
Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាត
ឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង

សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare.gov ដើម្បី
ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះ
ទទួលបានគម្រោង។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះ ដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទ នេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ
Medicare ពាណិជ្ជកម្ម ស និងខៀវរបស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែក
ទី 1។ ចំណុចនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺស្រេចចិត្ត - អ្នកមិន
អាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រងដោយសារតែ
អ្នកមិនបានបំពេញសំណួរទាំងនេះទេ។

ការរំលឹក:

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងរយៈពេលបើកឱ្យ
ចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា-ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ)
គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ
របស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភ
រ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យការ
ទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់ចេញពីកំណត់
ធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
(ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នក
ទៅកាន់:

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

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួម
ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះដោយ របៀបណា?

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។

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសំបែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅ
អចិន្ត្រៃយ៍ ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានកន្លែងស្នាក់នៅ
ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ (ឧ. មូលប្ប
ទានបុគ្គលិកសុខសង្គម) អាចនឹងត្រូវពិចារណាជ្រើសយក
អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។



សារៈសំខាន់

សូមកុំធ្វើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាបណ្តឹងទាមទារ ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ល។) ទៅការិយាល័យត្រួតពិនិត្យបាយការណ៍ PRA។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែល មិនមែនជារបៀបកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្តការប្រមូលរបស់ខ្លួនទេ (មានចែងក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបានបំផ្លាញចោល។ ឯកសារនោះនឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ត្រួតពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គម្រោងទេ។ សូម មើល “តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?” នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី ១ - ត្រូវបំពេញនៅកន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះ (ប្រសិនបើមិនសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម:

- Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561** - រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា
 001 \$0 ក្នុងមួយខែ
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561** - រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា
 008 \$0 ក្នុងមួយខែ

1 អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចុះឈ្មោះជាក់លាក់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។



ផ្នែកទី 1 - ត្រូវបំពេញនៅកន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះ (ប្រសិនបើមិនសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត)

នាមខ្លួន
 នាមត្រកូល
 ស្រេចចិត្ត៖ នាមកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
 ភេទ ប្រុស ស្រី

 លេខទូរសព្ទ - -
 ប្រភេទទូរសព្ទ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ទូរសព្ទដៃ

 ស្រេចចិត្ត៖ ជ្រើសរើសទទួលការផ្ញើសារជាអក្សរ៖ ហាម/ចាស ទេ

 ស្រេចចិត្ត៖ លេខទូរសព្ទបន្ទាប់បន្សំ - -
 ប្រភេទទូរសព្ទ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ ទូរសព្ទដៃ

តាមរយៈការជ្រើសរើសទទួលយក អ្នកយល់ព្រមក្នុងការទទួលសារពីយើងសម្រាប់ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃអត្ថប្រយោជន៍ អត្ថបទស្វាគមន៍ និងការផ្សព្វផ្សាយគម្រោងជាប្រចាំ។ អ្នកអាចផ្តាច់ចេញបានគ្រប់ពេល។

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូល PO Box)

ទីក្រុង
 ស្រេចចិត្ត៖ ខោនធី
 រដ្ឋ
 លេខកូដ ZIP

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ លុះត្រាតែខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (PO Box ដែលបានអនុញ្ញាត) អាសយដ្ឋានផ្លូវលំ

ទីក្រុង
 រដ្ឋ
 លេខកូដ ZIP

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare
 មានសិទ្ធិចំពោះ៖ មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)
 កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព

 រដ្ឋសាស្ត្រ (ផ្នែក B)

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

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

មាន មិនមាន

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ
 លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ

2. តើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋរបស់អ្នកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់លេខ Medicaid របស់អ្នក៖



សារៈសំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាកម្រោងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តនៅក្នុងកម្រោង Wellcare។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងកម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា Wellcare នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាពខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្រោង MA មួយក្នុងពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះ - ហើយការចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងកម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ករណីលើកលែងអនុវត្តចំពោះកម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Wellcare របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពី Wellcare។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលផ្តល់ដោយ Wellcare នឹងឯកសារដែលមាននៅក្នុង Wellcare “ភ័ស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង” របស់ខ្ញុំ (ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា កិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជារ) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare ឬ Wellcare នឹងមិនទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដែលមាន Medicare ជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ខណៈពេលនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅក្បែរព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវដកឈ្មោះចេញពីកម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅលើពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយគំណាងដែលមានសិទ្ធិ (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង
 - 2) ឯកសារអំពីការអនុញ្ញាតនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

កាលបរិច្ឆេទនៅថ្ងៃនេះ៖

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ហត្ថលេខា៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកគំណាងពេញសិទ្ធិ សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញកន្លែងបញ្ចូលទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ៖ _____

អាសយដ្ឋាន _____

លេខទូរស័ព្ទ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____



ផ្នែកទី 2 - កន្លែងបញ្ចូលទាំងអស់នៅទំព័រនេះគឺស្រេចចិត្ត

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការធានារ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបាន បំពេញសំណួរទាំងនេះទេ។

តើអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញដែរឬទេ?
សូមជ្រើសរើសយកគ្រប់ចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងចម្លើយរបស់អ្នក។
 ទេ មិននិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញឡើយ
 បាទ/ចាស ជនជាតិម៉ិកស៊ិក អាមេរិកម៉ិកស៊ិក ស៊ីកាណូ បាទ/ចាស ជាជនជាតិព័រតូរិកូ
 បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា បាទ/ចាស និយាយភាសាអេស្ប៉ាញមួយទៀត ជាជនជាតិអាមេរិកឡាទីន
ឬមានដើមកំណើតជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ **ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ**

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? សូមជ្រើសរើសយកគ្រប់ចំណុចដែលត្រូវនឹងចម្លើយរបស់អ្នក។
 ជនជាតិដើមឥណ្ឌា ឬអាឡាស្កាអាមេរិក ឥណ្ឌាអាស៊ី អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ចិន
 ហ្វីលីពីន ហ្គាម ឬនាម៉ូរ៉ូ ជប៉ុន កូរ៉េ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ អាស៊ីផ្សេងទៀត
 អ្នកដែលកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត សាម៉រ វៀតណាម ស្បែកស **ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ**

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។
 អេស្ប៉ាញ ចិន កូរ៉េ វៀតណាម តាកាឡុក អារ៉ាប់ អាមេនី
 ខ្មែរ ហ្វាស៊ី រុស្ស៊ី

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។
 អក្សរស្តាប ការបោះពុម្ពអក្សរធំ CD មានសំឡេង

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

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

បញ្ជីឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក:

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:

សូមចំណាំថាតាមរយៈការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នក អ្នកយល់ព្រមទទួលអ៊ីមែលពីយើង។ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសក្នុងជ្រើសរើសចូល ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសផ្តាច់ចេញពីការប្រាស្រ័យទាក់ទងតាមអ៊ីមែល នាពេលអនាគតបានជានិច្ច។

វិធីទំនាក់ទំនងអាទិភាព: ទូរសព្ទ សារជាអក្សរ អ៊ីមែល

*សូមចំណាំថាការប្រាស្រ័យទាក់ទងអាចត្រូវបានធ្វើក្រៅពី 'វិធីទំនាក់ទំនងអាទិភាព' ដែលបានជ្រើសរើស។



ការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះ ឃឹកយ៉ាវណាមួយដែលបច្ចុប្បន្នអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមសំបុត្រ "ការផ្ទេរប្រាក់តាម អេឡិចត្រូនិក" (EFT) ឬ "បណ្ណតណទាន" បានជារៀងរាល់ខែ។ **អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសទូទាត់បុព្វលាភ រ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សា សោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB) របស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់លើចំនួនទឹកប្រាក់នៃការកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (IRMAA ផ្នែក D) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះបន្ថែមលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់ អ្នក។ ជាធម្មតា ចំនួនទឹកប្រាក់នេះត្រូវបានយកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានការទូទាត់វិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំទូទាត់ Wellcare នូវ IRMAA ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសជម្រើសបង់ប្រាក់ទេ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រជារៀងរាល់ខែ។

សូមជ្រើសរើសជម្រើសទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង៖

- ទទួលបានវិក្កយបត្រ
- ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សា សោធននិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB)។ ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖
 - សន្តិសុខសង្គម RRB
 (ការកាត់កងលើសន្តិសុខសង្គម/RRB អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែដើម្បីចាប់ផ្តើម បន្ទាប់ពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB យល់ព្រមលើការកាត់កងនេះ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើ សន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការ កាត់ប្រាក់ដំបូងពីមូលប្បទានបត្រសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលបុព្វលាភ រ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះឈ្មោះរបស់អ្នក រហូតដល់ពេលដែលការកាត់ទុក ចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពី គម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អ ការថែទាំ និងសម្រាប់ ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពី អ្នកទទួលបាន Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធ នៃការជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (SORN) “ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare Advantage (MARx)” លេខ ប្រព័ន្ធ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាង ណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។



សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ៖

ឈ្មោះបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/ភ្នាក់ងារកណ្តាល (ប្រសិនបើជួយក្នុងការចុះឈ្មោះ)៖

ID គម្រោង #៖ កាលបរិច្ឆេទទទួលបានការធានារ៉ាប់រង
មានបុរសិទ្ធផាពៈ 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/បុគ្គលិក FMO៖ ID ភ្នាក់ងារ #៖
(បើមាន)

ព័ត៌មាននេះត្រូវតែត្រឹមត្រូវតាមកំណត់ត្រាអាជ្ញាបណ្ណ Wellcare ដែលបានអនុម័តរបស់អ្នក។

លេខទូរសព្ទភ្នាក់ងារ #៖ - -

អ៊ីមែល លេខទូរសព្ទភ្នាក់ងារ/FMO # (បើមាន) - -

កាលបរិច្ឆេទទទួលបានពាក្យស្នើសុំរបស់តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារដែល
មានការអនុញ្ញាត៖ M M D D Y Y Y Y

(ពាក្យស្នើសុំត្រូវតែទទួលបាននៅ Wellcare នៅខាងក្នុងរយៈពេល
1 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទនេះ។)

ទីតាំងទទួលបានពាក្យស្នើសុំ៖ ការណាត់ជួប ព្រឹត្តិការណ៍លក់ ដើរចូល

ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖

ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គម្រោង HMO៖

ឈ្មោះ PCP៖ PCP NPI៖

ឈ្មោះ PPG៖ PPG ID៖

តើ PCP/PPG ត្រូវបានជ្រើសរើស និងទទួលយកសម្រាប់គម្រោងដែលបានជ្រើសរើសឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

អ្នកជំនាញទទួលបានការព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន? បាទ/ចាស ទេ

ការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំរបស់ភ្នាក់ងារកណ្តាល៖ តំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារត្រូវទូរសារវិសាលភាពនៃ
ការណាត់ជួប និងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះទៅ 1-844-222-3180។



ការបញ្ជាក់អំពីសិទ្ធិទទួលបានអំឡុងពេលចុះឈ្មោះ

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

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

- ខ្ញុំជាបុគ្គលថ្មីចំពោះគម្រោង Medicare។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងរយៈពេលចុះឈ្មោះគម្រោង Medicare Advantage (MA OEP)។
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទៅក្រៅតំបន់សេវាសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងចេញពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានត្រឡប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រឡប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពរក្សាមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) របស់ខ្ញុំដែលទូទាត់លើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ឬបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)) នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- មានទាំងគម្រោង Medicare និង Medicaid (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំជួយទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំទទួលបាន ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដោយទូទាត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់ខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ខ្ញុំកំពុងផ្លាស់ទៅ រស់នៅក្នុង ឬទើបផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់/នឹងផ្លាស់ទៅកាន់/ចេញពីមណ្ឌលព្យាបាលនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានចាក់ចេញពីកម្មវិធី PACE នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y
- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចទុកចិត្តបានដោយអចេតនា (ការធានារ៉ាប់រងដែលល្អដូចជារបស់ Medicare)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ខ្ញុំនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D
D	Y	Y
Y	Y	Y



ខ្ញុំចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ខ្ញុំជាសមាជិកកម្មវិធីជំនួយឱសថស្ថានដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ។

គម្រោងរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយ Medicare ឬ Medicare បញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួន ជាមួយគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងមួយតាមរយៈ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង គម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងតម្រូវការពិសេស (SNP) ប៉ុន្តែខ្ញុំបាន បាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិនៃតម្រូវការពិសេសដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុង គម្រោងនោះ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង SNP នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)។

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ខ្ញុំត្រូវបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំៗ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយ ភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងអាសន្នរបស់សហព័ន្ធ (FEMA) ឬដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់។ សេចក្តី ប្រកាសមួយក្នុងចំណោមសេចក្តីប្រកាសផ្សេងទៀតនៅទីនេះបានអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាច ធ្វើសំណើចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយនេះ។

ខ្ញុំឧកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះអស់រយៈពេល:

ប្រសិនបើសេចក្តីប្រកាសទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទង Wellcare តាមលេខ 1-844-917-0175 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិ ចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងធ្វើការពិថ្ងៃចន្ទ - អាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក - 8 យប់ (គ្រប់ល្ងែងម៉ោង)

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាសឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹង ការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាចាំបាច់ដើម្បីបញ្ចប់ព័ត៌មាននេះត្រូវបាន ប៉ាន់ប្រមាណជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងមួយចម្លើយ រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរក ធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យ ដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូល ព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹង ភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬ ការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់នេះ 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 សម្រាប់អ្នកទទួលបានផលពេញលេញ រដ្ឋនឹងរ៉ាប់រងលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងផ្នែក B របស់អ្នក ដរាបណាអ្នករក្សាសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក។

