



✓ ពិនិត្យស្ថានភាពកម្មវិធីរបស់អ្នកនៅទីនេះ៖

wellcare.com/applicationtracker

តើអ្នកបានគិតអំពីការចុះឈ្មោះនៅ
go.wellcare.com/HealthNetCA ជំនួសវិញ
ទេ? វាជាវិធីរហ័ស សុវត្ថិភាព និង
ងាយស្រួលក្នុងការអនុវត្ត។

តើអ្នកណាអាចប្រើទម្រង់នេះ?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុង
គម្រោងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ក្លាយជាពលរដ្ឋ United States ឬមានវត្តមាន
ស្របច្បាប់នៅក្នុង U.S.
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

សំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare
Advantage អ្នកក៏ត្រូវមានទាំងពីរផងដែរ៖

- Medicare Part A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare Part B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់នេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជា
រៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពី
ថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន
Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវបាន
អនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង

ចូលទៅកាន់ Medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់
បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់
គម្រោងមួយ។

**តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់
បែបបទនេះ?**

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើកាត
Medicare ក្រហម ស និងខៀវ)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់
អ្នក។

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញធាតុទាំងអស់នៅក្នុង
ផ្នែកទី 1 ។ ធាតុនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺស្រេចចិត្ត
- អ្នកមិនអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រងបានទេ
ពីព្រោះអ្នកមិនបានបំពេញវាទេ។

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយ
ប៉ុន្តែមិនមានលំនៅដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រអប់
ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋាននៃកន្លែងស្នាក់នៅ ឬ
គ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ
(ឧទាហរណ៍ ការត្រួតពិនិត្យសន្តិសុខសង្គម) អាច
ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ
អចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

ការក្រើនរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង
ក្នុងអំឡុងពេលការចុះឈ្មោះចូលរៀននៅរដូវ
ស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ)
គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែល
បានបញ្ចប់របស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រ
សម្រាប់បុព្វលាភរបស់គម្រោង។ អ្នកអាច
ជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យការទូទាត់បុព្វលាភ
របស់អ្នកត្រូវបានកាត់ចេញពីករណីធនាគារ
របស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម
ប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬក្រុមប្រឹក្សាសោធននិវត្តន៍
ផ្លូវដែក)។

តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ធ្វើទម្រង់ដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់
អ្នកទៅកាន់៖

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420



នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នក
ដើម្បីចូលរួម ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅ អ្នក។

**តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទ
នេះដែរឬទេ?**

ហៅទូរសព្ទ ទៅ Wellcare តាម Health Net តាម
លេខ 1-844-480-0680។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាច
ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

ឬ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុង
មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY
អាចហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។

សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់នេះ ឬរក្សាទុកមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារ
ការបង់ប្រាក់ វេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រា។ល។) ទៅកាន់ការិយាល័យសម្ភាគប្បាយការណ៍ PRA ។
ធាតុណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែនអំពីវិធីកែលម្អទម្រង់នេះ ឬបន្ទុកការ
ប្រមូលរបស់វា (មានចែងក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបំផ្លាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបាន
រក្សាទុក ពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងនោះទេ។ សូមមើល “តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង
បន្ទាប់?” នៅលើទំព័រនេះ។ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បំពេញរបស់អ្នកទៅគម្រោង។



ផ្នែកទី១ - តម្រូវឱ្យបំពេញចន្លោះទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ (លើកលែងតែបានសម្គាល់ថាជាតាមជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ¹ – រួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា

☐ **H3561-008-000** Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento, \$0 ក្នុងមួយខែ
San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne

¹ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចុះឈ្មោះជាក់លាក់ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។



ផ្នែកទី ១ - តម្រូវឱ្យបំពេញចន្លោះទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ (លើកលែងតែបានសម្គាល់ថាជាតាមជម្រើស)

នាមខ្លួន

នាមត្រកូល

ស្រេចចិត្ត៖
អាទិសញ្ញាកណ្តាល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត

ភេទ

☐ ប្រុស

☐ ស្រី

លេខទូរសព្ទ

ប្រភេទទូរសព្ទ

☐ ទូរសព្ទនៅផ្ទះ

☐ ទូរសព្ទដៃ

M M D D Y Y Y Y

ស្រេចចិត្ត៖ លេខទូរសព្ទបន្ទាប់បន្សំ

ប្រភេទទូរសព្ទ

☐ ទំព័រដើម

☐ ក្រឡា

ស្រេចចិត្ត៖

អាសយដ្ឋាន

អ៊ីមែល

ស្រេចចិត្ត៖ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ស្រួលក្នុងការប្រើអ៊ីនធឺណិត អ៊ីមែល ឬផ្ញើសារដោយខ្លួនឯងទេ?

☐ បាទ ☐ ទេ

ស្រេចចិត្ត៖ វិធីសាស្ត្រទំនាក់ទំនងដែលពេញចិត្ត៖ ☐ ការហៅទូរសព្ទ ☐ សារ ☐ អ៊ីមែល

*សូមចំណាំថាការប្រាស្រ័យទាក់ទងអាចត្រូវបានផ្ញើនៅខាងក្រៅ 'វិធីសាស្ត្រដែលបុគ្គលទំនាក់ទំនងពេញចិត្ត' ដែលបានជ្រើសរើស។

យើងចង់ឱ្យអ្នករីករាយក្នុងការក្លាយជាសមាជិក និងយល់ពីគម្រោងរបស់អ្នក។ សូមផ្តល់លេខទូរសព្ទ និងអ៊ីមែលរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យយើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីស្ថានភាពពាក្យសុំរបស់អ្នក។ ក្នុងនាមជាសមាជិក យើងនឹងចែករំលែកព័ត៌មានដែលមានប្រយោជន៍ ដូចជាអ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក ការរក្សាសុខភាព ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត គេហទំព័រសមាជិករបស់យើង និងព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចាប់អារម្មណ៍ អ្នកអាចជ្រើសរើសចេញពីអត្ថបទ និងអ៊ីមែលមួយចំនួន។

យើងចង់ឱ្យអ្នកចូលចិត្តគម្រោង Wellcare របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងផ្សេងទៀតដែលអាចនឹងល្អសម្រាប់អ្នកខណៈដែលតម្រូវការរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។ យើងនឹងនិយាយអំពីគម្រោងពីយើងតែប៉ុណ្ណោះ។

(កុំបញ្ចូល ប្រអប់ PO។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ប្រអប់ PO អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក)។ ☐ ជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍

ទីក្រុង៖

ស្រេចចិត្ត៖ ខោនធី

រដ្ឋ

ហ្សឺបកូដ



អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់សំបុត្រត្រូវបាន
អនុញ្ញាត)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង:

រដ្ឋ

ហ្សឺបកូដ



ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

មានសិទ្ធិ៖

មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)

វេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B)

កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

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

☐បាទ ☐ទេ

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

--

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

--

លេខក្រុមសម្រាប់ការគ្របដណ្តប់នេះ៖

--

2. សូមផ្តល់ លេខកម្មវិធី Medicaid របស់អ្នក៖

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

សូមបញ្ចូលលេខ Medicaid សម្រាប់គម្រោង D-SNP ។ ការបាត់លេខ Medicaid អាចបណ្តាល ឱ្យមានការពន្យារពេលនៃដំណើរការកម្មវិធី និងអាចបដិសេធកម្មវិធី។

សំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីស្នាក់នៅក្នុង Wellcare ។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា Wellcare នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការបង់ប្រាក់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើល សេចក្តីប្រកាសស្តីពីសិទ្ធិឯកជនខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់នេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA ឬផ្នែក D តែមួយក្នុងពេលតែមួយ – ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ឬផ្នែក D ផ្សេងទៀត (ករណីលើកលែងអនុវត្តសម្រាប់គម្រោង MA PFFS, MA MSA) ។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Wellcare របស់ខ្ញុំបាត់បង់ ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពី Wellcare ។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយ Wellcare នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ Wellcare “ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង” របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាសៀវភៅណែនាំសមាជិក កិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) និងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និង Wellcare នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនមានការរ៉ាប់រងឡើយ។



- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះគឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំបានយល់ហើយថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) លើការដាក់ពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងបានយល់ខ្លឹមសារនៃការដាក់ពាក្យសុំ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង
 - 2) ឯកសាររបស់អាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំរបស់ Medicare ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិត ពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានគេកំណត់ថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវបានដកចេញពីបញ្ជី។

កាលបរិច្ឆេទនៅថ្ងៃនេះ

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ហត្ថលេខា

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញរាល់ទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ

អាសយដ្ឋាន

លេខទូរសព្ទ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ

	-		-		
--	---	--	---	--	--



ផ្នែកទី 2 - ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺតាមជម្រើស

ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការរ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញឱ្យពួកគេ។

ជ្រើសរើសមួយប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

☐ ភាសាអេស្ប៉ាញ ☐ ចិន ☐ កូរ៉េ ☐ ម៉ុង ☐ តាហ្គាឡុក ☐ វៀតណាម

☐ អារ៉ាប់ ☐ រុស្ស៊ី ☐ កម្ពុជា ☐ អាមេនី ☐ ហ្វីលីពីន

ជ្រើសរើសមួយប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

☐ អក្សរស្នាប ☐ បោះពុម្ពផ្សាយ ☐ CD សំឡេង ☐ CD ទិន្នន័យ

សូមទាក់ទង Wellcare តាមលេខ 1-844-480-0680 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ (គ្រប់ថ្ងៃដើម្បីម៉ោង)។

1. តើអ្នកធ្វើការទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ

2. តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ។

3. តើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំដែរឬទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ឈ្មោះទីតាំង៖

អាសយដ្ឋានទីតាំង (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ

ហ្សឺបកូដ

លេខទូរសព្ទ

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមក្នុងបណ្តាញ (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព៖

អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅ findaprovider.healthnetcalifornia.com

ព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់គម្រោង HMO៖

ឈ្មោះ PPG៖

PPG ID៖

តើ PCP/PPG ត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់គម្រោងដែលត្រូវបានជ្រើសរើសទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ

អ្នកជំងឺបច្ចុប្បន្ន? ☐ បាទ ☐ ទេ



ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់បុព្វលាភគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវ ណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមរយៈសំបុត្រ ការផ្ទេរប្រាក់តាមអេឡិចត្រូនិក (EFT) ឬ ប័ណ្ណធានារៀងរាល់ខែ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយយកវាចេញ ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬផ្លូវថ្នាំកើង (RRB) របស់អ្នករៀងរាល់ខែ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងផ្នែក D-ប្រាក់ចំណូល (ផ្នែក D-IRMAA) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនបន្ថែមនេះបន្ថែមពីលើបុព្វលាភគម្រោងរបស់អ្នក។ ជា ធម្មតាចំនួនទឹកប្រាក់នេះត្រូវបានយកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នក អាចទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំបង់ថ្លៃ Wellcare ផ្នែក D-IRMAA ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសជម្រើសបង់ប្រាក់ទេ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្ររៀងរាល់ខែ។

សូមជ្រើសរើសជម្រើសបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង៖

- ☐ ទទួលបានវិក្កយបត្រ
- ☐ ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីការពិនិត្យអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬក្រុមប្រឹក្សានិរ្ត័ន្តផ្លូវដែក (RRB) ។ ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ សន្តិសុខសង្គម ☐ RRB (ការកាត់កងសន្តិសុខសង្គម/RRB អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែ ទើបអាចចាប់ផ្តើម បន្ទាប់ពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB យល់ព្រមលើការកាត់នេះ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើ សន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ លើកដំបូងពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលបុព្វលាភរ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលគិត ចាប់ពីថ្ងៃចុះឈ្មោះចូលរៀនរហូតដល់ការកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើ សន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ស្នើសុំការកាត់ដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់អ្នក យើងមិនយល់ព្រមទេ នឹងផ្ញើវិក្កយបត្រក្រដាសសម្រាប់ បុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយចុះឈ្មោះក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គល (ឧទាហរណ៍ ភ្នាក់ងារ អន្តរការី អ្នកប្រឹក្សា SHIP សមាជិក គ្រួសារ ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់នេះ។

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____ លេខអ្នកផលិតជាតិ (ភ្នាក់ងារ/អន្តរការីតែប៉ុណ្ណោះ)៖ _____

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ច្បាប់ស្តីពី ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពិគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ។ ផ្នែក 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យ ចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបាន Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹង (SORN) "Medicare Advantage ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (MARx)" ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់នេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការ ខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។



សម្រាប់តែការិយាល័យ:

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងបញ្ជូនឯកសារនេះ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងនោះ គឺពិត ពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំបំផុត។ ខ្ញុំយល់ថាការបកស្រាយខុស ឬការខកខានណាមួយអាចជាហេតុផលសម្រាប់វិធានការវិន័យ រហូតដល់ការបញ្ចប់ការតែងតាំងរបស់ខ្ញុំ និងកិច្ចព្រមព្រៀងផលិតករ។

ឈ្មោះបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/អន្តរការី (ប្រសិនបើមានជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះ):

#សម្គាល់ក កាលបរិច្ឆេទនៃការធានា

ប្រភេទ: វ៉ាប់រងមានប្រសិទ្ធភាព: M M D D Y Y Y Y

ភ្នាក់ងារលក់ Wellcare / ភ្នាក់ងារអនុញ្ញាត

(តំណាងផ្នែកលក់បុគ្គល/ភ្នាក់ងារដែលបំពេញពាក្យសុំ)

ប្រភេទភ្នាក់ងារ (ជ្រើសរើសមួយ): ☐ ភ្នាក់ងារមានសិទ្ធិ ☐ បុគ្គលិក Wellcare

បំពេញផ្នែកខាងក្រោម:

អ្នកតំណាងផ្នែកលក់/ឈ្មោះភ្នាក់ងារ

អ្នកតំណាងផ្នែកលក់/#ភ្នាក់ងារ NPN

ភ្នាក់ងារ/FMO ពាក់ព័ន្ធ (ប្រសិនបើមាន):

ព័ត៌មាននេះត្រូវតែផ្ដល់ជូនកំណត់ត្រាអាជ្ញាប័ណ្ណ Wellcare ដែលបានអនុម័តរបស់អ្នក។

#ទូរស័ព្ទភ្នាក់ងារ: - -

អ៊ីមែល:

ភ្នាក់ងារ/FMO ទូរស័ព្ទ # (ប្រសិនបើមាន)

- -

អ្នកតំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត

កាលបរិច្ឆេទទទួល:

M M D D Y Y Y Y

(ពាក្យសុំត្រូវតែទទួលបាននៅ Wellcare ក្នុងរយៈពេល 1 ថ្ងៃ

ប្រតិទិន បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះ។)

ទីតាំងទទួលពាក្យស្នើសុំ: ☐ ការណាត់ជួប ☐ ព្រឹត្តិការណ៍លក់ ☐ ដើរចូល

☐ ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់):

ពាក្យស្នើសុំរបស់អន្តរការី: អ្នកតំណាងផ្នែកលក់/ភ្នាក់ងារត្រូវធ្វើទូរសារទម្រង់បែបទវិសាលភាពនៃការណាត់ជួប និងការចុះឈ្មោះទៅកាន់លេខ 1-844-222-3180។



ការបញ្ជាក់អំពីសិទ្ធិទទួលបានអំឡុងពេលចុះឈ្មោះ

ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage តែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រៅរយៈពេលនេះ។ ប្រសិនបើនេះជាលើកទីមួយរបស់អ្នកដែលប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ហើយវាមានរយៈពេលជាង 90 ថ្ងៃទៀត ដែលអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ “ខ្ញុំជាថ្មីសម្រាប់ Medicare” ។ SEP មិនអនុវត្តទេ ដូច្នេះ ចូរជ្រើសរើស SEP ដែលសមស្របខាងក្រោម។

សូមអានប្រយោគខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងគូសផឹកក្នុងប្រអប់ ប្រសិនបើប្រយោគនោះអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ដោយការគូសផឹកលើប្រអប់ទាំងឡាយខាងក្រោមនេះ អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថាទៅតាមចំណេះដឹងប្រសើរបំផុតរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមសម្រាប់ថិរវេលានៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើក្រោយយើងកំណត់ថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបចោល។

សូមអានប្រយោគខាងក្រោមទាំងអស់មុនពេលធ្វើការជ្រើសរើស។

- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សថ្មីសម្រាប់ Medicare ។
 *សូមជ្រើសរើសតែប្រសិនបើអ្នកគឺ 1. មានសិទ្ធិថ្មី; 2. អ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ នៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃទៀត ឬថ្មីៗនេះអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយ។ 3. អ្នកទទួលបានថ្មីនៃអត្ថប្រយោជន៍; ឬ 4. មានសិទ្ធិថ្មី ប៉ុន្តែពិមុនទើបតែទទួលបាន Medicare តាមរយៈពិការភាព។
 *ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជករបស់អ្នកបានបញ្ចប់នាពេលថ្មីៗនេះ ហើយនេះជាលើកដំបូងរបស់អ្នកក្នុងការប្រើ Medicare សូមជ្រើសរើស “ខ្ញុំបានចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងពិនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ” SEP ខាងក្រោម។
- ☐ រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP) ថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ☐ ខ្ញុំមានផ្នែក A/D ហើយថ្មីៗនេះបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B. ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះចូលទៅក្នុងគម្រោង MA ។
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សថ្មីសម្រាប់ Medicare ហើយខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងអំពីការទទួលបាន Medicare បន្ទាប់ពីការគ្របដណ្តប់ផ្នែក A និង/ឬផ្នែក B របស់ខ្ញុំបានចាប់ផ្តើម។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

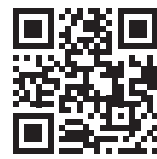
M	M	D D Y Y Y Y
- ☐ ពិមុនខ្ញុំមាន Medicare ប៉ុន្តែឥឡូវនេះខ្ញុំមានអាយុ 65 ឆ្នាំហើយ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរកំឡុងពេលអំឡុងពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទៅអាសយដ្ឋានថ្មីដែលនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរថ្មីៗនេះ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំបានត្រឡប់ទៅ U.S. វិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅក្រៅប្រទេស (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) ។

M	M	D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេដោះលែងពីការឃុំខ្លួន។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅ(បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D D Y Y Y Y
- ☐ ថ្មីៗនេះខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពរដ្ឋមានស្របច្បាប់នៅ U.S. ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D D Y Y Y Y
- ☐ ខ្ញុំរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទាជាដើម។ *ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។



☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ចេញពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទាជាដើម។ *ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ចេញពីកន្លែងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំបានចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រង COBRA) នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមែនជា Medicare ផ្សេងទៀតដែលល្អដូចការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicare (ការធានារ៉ាប់រងដែលអាចទុកចិត្តបាន) ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជា Medicare របស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ ហើយមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឥណទានទៀតទេ។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ **គម្រោងដែលមានស្រាប់របស់ខ្ញុំគឺមិនបន្តសម្រាប់ឆ្នាំកិច្ចសន្យានាពេលខាងមុខ**
***ចំណាំ៖ SEP នេះមានសុពលភាពត្រឹមថ្ងៃទី 12/8- ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែកុម្ភៈប៉ុណ្ណោះ។**

☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ដោយសារតែ Medicare បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានទទួលសំបុត្រពី Medicare ដែលនិយាយថាខ្ញុំអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត។ ការគ្របដណ្តប់របស់ខ្ញុំបញ្ចប់នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំបានទម្លាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង PACE (កម្មវិធីនៃការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់)។ ខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់គម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់ខ្ញុំ ដោយសារខ្ញុំលែងមានស្ថានភាពតម្រូវការពិសេសរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គម្រោងនោះទៀតហើយ។ ខ្ញុំនឹងក្លាយជា ឬត្រូវបានដកចេញពី SNP នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងតម្រូវការពិសេស ដែលសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍របស់វាចំពោះស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។

☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោង CSNP របស់ខ្ញុំ ហើយចង់ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត Medicaid របស់ខ្ញុំ ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរជំនួយបន្ថែម (Extra Help) របស់ខ្ញុំដែលចំណាយលើថ្លៃថ្នាំរបស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបានជំនួយបន្ថែម មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយបន្ថែមរបស់ខ្ញុំ ឬបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម) នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ ខ្ញុំត្រូវបានលុបការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងដោយ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



- ☐ ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយឱសថរដ្ឋ។ រដ្ឋខាងក្រោមមាន SPAP ដែលមានសមត្ថភាព៖
Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin ។
- ☐ ខ្ញុំកំពុងបាត់បង់ជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយឱសថរដ្ឋ។ ខ្ញុំបានបាត់បង់

--	--	--

 ជំនួយនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- ☐ ខ្ញុំ ឬអ្នកដែលខ្ញុំពឹងផ្អែកលើដើម្បីជួយធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ត្រូវបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្តសហព័ន្ធ ឬដោយសហព័ន្ធ រដ្ឋរបស់ខ្ញុំ ឬរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយក្នុងចំណោមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ផ្សេងទៀតនៅលើទំព័រនេះត្រូវបានអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយនេះ។ ខ្ញុំខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះសម្រាប់៖

- ☐ ខ្ញុំកំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្កាយ 5 ។
- ☐ ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្កាយតិចជាង 3 ក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្កាយ 3 ឬខ្ពស់ជាងនេះ។
- ☐ ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងមួយដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋនាពេលថ្មីៗនេះ ដោយសារបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ (អ្នកទទួល)។ ខ្ញុំចង់ប្តូរទៅគម្រោងផ្សេង។
- ☐ ខ្ញុំបានស្នើសុំសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន ហើយមិនបានទទួលវាទាន់ពេលវេលាទេ។ ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះឥឡូវនេះ ដែលខ្ញុំមានពេលដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះ។ ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានដែលខ្ញុំបានស្នើសុំពីមុនគឺ៖

*ចំណាំ៖ ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានរួមមាន ដូចជា អក្សរស្នាប, CD ទិន្នន័យ, ការបោះពុម្ពអក្សរធំៗ

- ☐ ខ្ញុំបង់បុព្វលាភសម្រាប់ផ្នែក A ហើយខ្ញុំបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B ក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះទូទៅ (ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ជារៀងរាល់ឆ្នាំ)។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare (ផ្នែក D) ឬគម្រោង Medicare Advantage ជាមួយនឹងការគ្របដណ្តប់លើថ្នាំ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) ឬផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះពិសេសដែលខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ដោយសារតែកាលៈទេសៈពិសេសមួយ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង WellCare/Centene Medicaid ហើយចង់ចុះឈ្មោះចូលទៅក្នុង WellCare/Centene ដែលរួមបញ្ចូលគ្នាយ៉ាងពេញលេញ D-SNP (FIDE SNP) ដែលរួមបញ្ចូលគ្នាយ៉ាងខ្ពស់ D-SNP (HIDE D-SNP) ឬគម្រោងរួមបញ្ចូលគ្នាដែលអាចអនុវត្តបាន (AIP) ។
- ☐ ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំ Medicare (ផ្នែក D) តាមរយៈគម្រោង Medicare Advantage។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងដែលមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំ ដូច្នេះខ្ញុំអាចប្តូរទៅការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមែនជា Medicare ។ *ចំណាំ៖ MA តែប៉ុណ្ណោះ



ប្រសិនបើគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដ សូមទាក់ទង Wellcare តាមរយៈលេខ 1-844-480-0680 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីមើលថា តើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។
យើងបើកថ្ងៃអាទិត្យ-សៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ (គ្រប់តំបន់)

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាសស្នាមឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបំពេញព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថា មានជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយ រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិផ្សេងៗអំពីភាពសុក្រិតនៃពេលវេលាសន្មតនេះ ឬមានយោបល់ កែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សម្រាប់អ្នកទទួលបានពេញលេញទាំងពីរ រដ្ឋនឹងគ្របដណ្តប់ប្រាក់បុព្វលាភផ្នែក B របស់អ្នក ដរាបណាអ្នករក្សាសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក។

