



Advantage D-SNP

ផែនការបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចូលរួម

គម្រោងបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ស្ម័គ្រចិត្ត ដែលធ្វើការជាមួយផ្នែកធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកលើថ្លៃឱសថរបស់កម្មវិធី Medical Part D ដោយការពង្រាយការចំណាយនេះពេញមួយឆ្នាំប្រតិទិន (មករា-ខែធ្នូ)។ ជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ អាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនអាចជួយអ្នកសន្សំប្រាក់ ឬកាត់បន្ថយការចំណាយលើថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកបានទេ។

ជម្រើសបង់ប្រាក់នេះអាចមិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីដូចជា ជំនួយបន្ថែមពី Medicare ឬកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (SPAP)។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់អ្នក។

សូមបំពេញចន្លោះទាំងអស់ លើកលែងតែមានសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត

នាមខ្លួន៖

នាមត្រកូល៖

អក្សរដើមនៃនាមកណ្តាល (ស្រេចចិត្ត)៖

លេខកម្មវិធី Medicare៖ ____ - ____ - ____

លេខសម្គាល់សមាជិកគម្រោងសុខភាព៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖
(____/____/____)

លេខទូរសព្ទ៖
(____)

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំវាយបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងជួបបញ្ហាគ្នានេះសំបែង)៖

ទីក្រុង៖

ខោនធី (ស្រេចចិត្ត)៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក

(អនុញ្ញាតឱ្យរួមបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រ)៖

អាសយដ្ឋាន៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម	
- ខ្ញុំយល់ថាទម្រង់បែបបទនេះគឺជាសំណើសុំចូលរួមក្នុងផែនការបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare។ គម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) នឹងទាក់ទងមកខ្ញុំប្រសិនបើពួកគេត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។ - ខ្ញុំយល់ថាការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីទម្រង់បែបបទនិងលក្ខខណ្ឌ ដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ - គម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនខ្ញុំដើម្បីឱ្យខ្ញុំដឹងថាពេលណាការចូលរួមរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងផែនការបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare ដំណើរការ។ រហូតដល់ពេលនោះ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកចូលរួមក្នុងផែនការបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare ឡើយ។	
ហត្ថលេខា:	កាលបរិច្ឆេទ:
ប្រសិនបើអ្នកកំពុងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថាអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទចូលរួមនេះ និងមានឯកសារនៃសិទ្ធិអំណាចនេះដែលអាចមានផ្តល់ជូន ប្រសិនបើកម្មវិធី Medicare ស្នើសុំ។	
ឈ្មោះ:	អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់):
លេខទូរសព្ទ: ()	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកចូលរួម:
របៀបដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទនេះ: ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅកាន់៖ គម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP Attention: M3P Enrollment 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231 តាមទូរសារ៖ 1-209-762-4704 អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំចូលរួមនេះតាមអនឡាញបានផងដែរនៅ www.hpsj-mvhp.org ឬហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-888-361-7526 ដើម្បីដាក់សំណើសុំរបស់អ្នកតាមទូរសព្ទ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-888-361-7526 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ច្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទៅលេខ 711។ គម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP គឺជា HMO ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និង Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។	

លក្ខខណ្ឌ

1. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងបង់ \$0 នៅឱសថស្ថាន ហើយគម្រោងរបស់ខ្ញុំនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យខ្ញុំប្រចាំខែសម្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំយល់ថាគម្រោងបង់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare (កម្មវិធី) អាចអនុវត្តបានសម្រាប់តែឱសថ Medicare Part D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ។
2. ខ្ញុំយល់ថាក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមនៃជម្រើសបង់ប្រាក់ដោយស្ម័គ្រចិត្តនេះ ខ្ញុំនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រ ប្រចាំខែសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំជំពាក់សម្រាប់ការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ខ្ញុំយល់ថាការទូទាត់នឹងត្រូវដល់កំណត់នៅត្រឹមកាលបរិច្ឆេទដែលបានបង្ហាញនៅលើវិក្កយបត្រប្រចាំខែ។
3. ខ្ញុំយល់ថាការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរជារៀងរាល់ខែ ពីព្រោះការចំណាយលើឱសថចេញពីហោប៉ៅថ្មីត្រូវបានបន្ថែមទៅក្នុងការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ នៅពេលដែលខ្ញុំបើកថ្នាំថ្មី ឬបើកថ្នាំឡើងវិញតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានស្រាប់។
4. ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលខ្ញុំចូលរួមកម្មវិធីនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្នាំរបស់ខ្ញុំរហូតដល់ចំនួនអតិបរមានៃចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំនៃ Medicare Part D សម្រាប់ឱសថរបស់ Medicare Part D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំយល់ថាវិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំគឺផ្អែកលើអ្វីដែលខ្ញុំនឹងបង់ សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលខ្ញុំបានទទួល ឬក៏នឹងសមតុល្យខែមុនរបស់អ្នក ចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំ។
5. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកចេញពីកម្មវិធីនេះ (ដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត) ប្រសិនបើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលហួសកាលកំណត់ត្រូវបានបង់មិនត្រូវបានទទួលនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលអនុគ្រោះ។ នៅពេលដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ដល់ឱសថស្ថាន ដោយផ្ទាល់សម្រាប់ថ្លៃថ្នាំទាំងអស់ដែលចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដាក់បញ្ជូនសំណួរ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់គម្រោងរបស់ខ្ញុំបាន។
6. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាកចេញពីកម្មវិធីបានគ្រប់ពេល (រយៈពេលស្ម័គ្រចិត្ត)។ ប្រសិនបើខ្ញុំនៅតែជំពាក់សមតុល្យ ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំជំពាក់ ទោះបីជាខ្ញុំលែងចូលរួមក្នុងជម្រើសបង់ប្រាក់នេះទៀតក៏ដោយ។
7. ខ្ញុំយល់ថាការចាកចេញពីកម្មវិធី ដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការធានារ៉ាប់រងលើ Medicare Part D របស់ខ្ញុំជាមួយនឹងគម្រោង Part D របស់ខ្ញុំទេ។
8. ខ្ញុំយល់ថាដោយមិនគិតពីរបៀបដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់ ខ្ញុំនឹងបន្តទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ សម្រាប់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកក្នុងអំឡុងពេលចូលរួមរបស់ខ្ញុំក្នុងជម្រើសបង់ប្រាក់រហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំជំពាក់ទាំងអស់ត្រូវបានបង់អស់។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបង់សមតុល្យទាំងអស់ក្នុងពេលតែមួយ ឬត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃប្រចាំខែ។
9. ប្រសិនបើអ្នកមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ ឬស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ចាប់តាំងពីជ្រើសរើសជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ អ្នកប្រហែលជាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីដែលអាច ជួយកាត់បន្ថយការចំណាយរបស់អ្នកបាន។ មនុស្សជាច្រើនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ ការសន្សំទាំងនេះ ហើយថែមទាំងមិនដឹងពីវាទៀតផង។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare.gov/basics/costs/help ឬទាក់ទងការិយាល័យសន្តិសុខសង្គមក្នុងមូលដ្ឋាន របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ រកមើលការិយាល័យសន្តិសុខសង្គមក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅលើគេហទំព័រ ssa.gov/locator/។