

តើអ្នកណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ក្លាយជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

សំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកត្រូវមានទាំងពីរផងដែរ៖

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

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលា និង 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង

ចូលទៅកាន់ Medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមថា តើពេលណាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះចូលរួមគម្រោងបាន។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើកាត់ Medicare ក្រហម ស និងខៀវ)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញធាតុទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ធាតុនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺស្រេចតាមចិត្ត - អ្នកមិនអាចត្រូវបានគេបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេ ពីព្រោះអ្នកមិនបានបំពេញធាតុទាំងនោះទេ។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់របស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់សង្គមឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ ប្រសិនបើវាមិនបង្ហាញលេខគ្រប់គ្រង OMB ដែលមានសុពលភាពទេ។ លេខគ្រប់គ្រង OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ រយៈពេលដែលត្រូវការដើម្បីបញ្ចប់ដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានដាក់ប្រមាណជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងមួយការឆ្លើយតប រួមទាំងរយៈពេលត្រួតពិនិត្យសេចក្តីណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ និងបំពេញព្រមទាំងត្រួតពិនិត្យដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ទាក់ទងនឹងការត្រួតពិនិត្យនៃការដាក់ប្រមាណរយៈពេល ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬផ្ញើកុំណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការបង់ប្រាក់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ល។) ទៅកាន់ PRA Reports Clearance Office។ ធាតុណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែនទាក់ទងនឹងកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្ទុកនៃការប្រមូលរបស់វា (មានចែងក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបំផ្លាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យមើល ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងនោះទេ។ សូមមើល "តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?" នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យមានការកាត់កងការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីកំណើតធនារបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬគណៈកម្មការផ្នែកចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិកផ្លូវដែក)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

គម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួម ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមរយៈ **1-888-361-7526**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ **711**។

ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ **1-877-486-2048**។

បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះបញ្ហាគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍ នោះប្រអប់ប្រែសំណុំអាសយដ្ឋាននៃកន្លែងស្នាក់នៅ ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ (ឧ. ការត្រួតពិនិត្យសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

ផ្នែកទី 1 - តម្រូវឱ្យបំពេញចន្លោះទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ
(លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

☐ គម្រោងសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) - \$0 ក្នុងមួយខែ

នាមខ្លួន៖	នាមត្រកូល៖	[ជាជម្រើស៖ អក្សរសង្ខេបឈ្មោះ កណ្តាល៖
-----------	------------	--

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MM/DD/YYYY) (/ /)	ភេទ: ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	លេខទូរសព្ទ:
---	--	-------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលជួបបញ្ហាគ្មាន
លំនៅឋាន នោះប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក)។

ក្រុង៖	[ជាងម្រឹស៖ ខោនធី៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
--------	-------------------	-------	--------------

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖	ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដកំបន់៖
----------------	--------	-------	--------------

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក

លេខ Medicare: _____ - _____ - _____

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) ឬន្តែមពីលើគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ដែរឬទេ?

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖ លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

គម្រោងតាមតម្រូវការពិសេសទ្វេ (HMO D-SNP) គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medicare និង Medicaid។ តាមរយៈការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ អ្នកយល់ថាអ្នកត្រូវតែបន្តចុះឈ្មោះក្នុង កម្មវិធី Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក ដើម្បីនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងនេះ។

1) តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid (Medi-Cal) រួចរាល់អ្នកទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

2) ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់លេខសន្និស្សន៍អតិថិជន 9 ខ្ទង់ Medicaid របស់អ្នក (CIN)៖

3) Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan លេខសម្គាល់សមាជិក (បើមាន):

សំខាន់ៗ ស្តីពីអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងការធានារ៉ាប់រងផ្នែកបន្តិចពេទ្យ (ផ្នែក A) និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីស្នាក់នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការបង់ប្រាក់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ឯកជនភាពខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA តែមួយក្នុងពេលតែមួយ – ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ការណ៍លើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលគម្រោងសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP របស់ខ្ញុំបាត់បង់ ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពី Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងមាននៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ខ្ញុំរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ឯកសារ “ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង” (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជារ) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare ឬគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំ ផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅលើកម្មវិធីនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យស្នើសុំនេះ។ ប្រសិនបើត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចដែលបានពណ៌នាខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានការអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទលុបការចុះឈ្មោះនេះ និង
 2) ឯកសារអំពីសិទ្ធិអំណាចនេះអាចប្រើបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

ហត្ថលេខា:	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ:
------------------	----------------------------

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញចន្លោះទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ:	អាសយដ្ឋាន:
---------------	-------------------

លេខទូរសព្ទ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ:
--------------------	-------------------------------------

ផ្នែកទី 2 - ចន្លោះទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការរ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញឱ្យពួកគេ។

ជ្រើសរើសមួយប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

☐ អក្សរស្តាប ☐ អក្សរពុម្ពធំ ☐ CD អូឌីយ៉ូ ☐ CD ទិន្នន័យ

សូមទាក់ទងគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមរយៈលេខ 1-888-361-7526 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន ក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺ ចន្ទ ដល់ សុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711។

តើអ្នកធ្វើការទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
---	---

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក៖

យល់ព្រមក្នុងការទាក់ទង៖

ខ្ញុំ_____ (ឈ្មោះអ្នកចុះឈ្មោះ) ការយល់ព្រមចំពោះ គម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ដោយ ផ្ទាល់ ឬតាមរយៈភាគីទីបីដែលធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមខ្លួន ទាក់ទងមកខ្ញុំអំពីការថែទាំសុខភាព ការធានា រ៉ាប់រងសុខភាព ជម្រើស ឬសេវាកម្មថែទាំសុខភាព អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ ការអប់រំ ឬប្រធានបទដែល ពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំយល់ថាសារទាំងនេះអាចត្រូវបានផ្ញើមកខ្ញុំតាមវិធីជាច្រើន រួមទាំងអ៊ីមែល សារជា អក្សរ ឬការហៅទូរសព្ទទៅកាន់ទូរសព្ទដែលខ្ញុំ រួមទាំងការហៅទូរសព្ទដោយស្វ័យប្រវត្តិ ឬសារដែលបានថត ទុក។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចលុបចោលការយល់ព្រមនេះនៅពេលណាក៏បាន ដោយទាក់ទងគម្រោងសុខភាពរបស់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP Customer Service តាមរយៈលេខ 1-888-361-7526 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅ លេខ 711។

ខ្ញុំចង់ទទួលបានសម្ភារៈដូចខាងក្រោមតាមរយៈអ៊ីមែល។ ជ្រើសរើសមួយ ឬច្រើន។

- | | |
|--|---|
| ☐ កត្តាតាំងនៃការធានារ៉ាប់រង | ☐ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា |
| ☐ សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ | ☐ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/ឱសថស្ថាន |

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយចុះឈ្មោះក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គល (ឧទាហរណ៍ ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សា SHIP សមាជិកគ្រួសារ ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖
ហត្ថលេខា៖	លេខអ្នកផលិតក្នុងស្រុក (ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល តែប៉ុណ្ណោះ)៖

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP គឺជា HMO ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីច្បាប់ឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare & Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែកទី 1851 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបាន Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹង (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។