



ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ កម្មវិធី Medicare Part D ការណែនាំអំពីទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង

សូមអានដោយយកចិត្តទុកដាក់មុនពេលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។
**ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងដែលមិនរួមបញ្ចូលព័ត៌មានចាំបាច់អាចពន្យារពេល
 ឬរារាំងសមត្ថភាពរបស់យើងក្នុងការដំណើរការសំណើសុំសំណងរបស់អ្នក។ ការបំពេញ
 និងការដាក់ទម្រង់បែបបទនេះមិនធានាការសងប្រាក់វិញទេ។ ការទាមទារសំណងគឺស្ថិតនៅក្រោមដែនកំណត់
 ការលើកលែង និងបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀតនៃគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។**

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានសមាជិក (ត្រូវបំពេញដោយសមាជិក)

1. សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្រោមផ្នែកទី 1។ លេខសម្គាល់សមាជិក/ម្ចាស់កាតមាននៅលើកាតធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
2. ដាក់ពាក្យទាមទារសំណងក្នុងរយៈពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងដែលបានបញ្ជាក់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។
 សម្រាប់សំណួរអំពីរយៈពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលនៅលើខ្នងកាតធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
3. សូមដាក់ពាក្យទាមទារសំណងដាច់ដោយឡែកសម្រាប់អ្នកជំងឺ និងឱសថស្ថាននីមួយៗដែលអ្នកទិញថ្នាំ។
4. ចំណាំសំខាន់៖ ការទូទាត់
 និងការឆ្លើយឆ្លងពាក់ព័ន្ធនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកជាវចម្បងលុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវអាសយដ្ឋានជំនួសនៅក្នុងផ្នែកទី 1។

ផ្នែកទី 2: បង្កាន់ដៃ

1. ដាក់បង្កាន់ដៃ/ស្លាកវេជ្ជបញ្ជាដែលមានព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ (បង្ហាញខាងក្រោម) ឬឱ្យឱសថការីរបស់អ្នកបំពេញផ្នែកទី 2 និងផ្នែកទី 3។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានបង្កាន់ដៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទេ តម្រូវឱ្យមានហត្ថលេខារបស់ឱសថការី។
2. សូមរួមបញ្ចូលបង្កាន់ដៃឱសថស្ថានច្បាប់ដើមទាំងអស់។
 បិទបង្កាន់ដៃទៅនឹងទំព័រដាច់ដោយឡែកដែលត្រូវដាក់ជាមួយទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង។ ចំណាំ៖ សូមកុំកិបបង្កាន់ដៃ
 ឬឯកសារផ្សេងទៀតនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង។
3. សម្រាប់ការទាមទារសំណងច្រើន សូមប្រើទម្រង់បែបបទវេជ្ជបញ្ជាច្រើន។

ព័ត៌មានអំពីវេជ្ជបញ្ជា/ឱសថស្ថាន

ឧទាហរណ៍ស្លាកវេជ្ជបញ្ជា៖ សូមប្រើឧទាហរណ៍នេះជាការណែនាំដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានចាំបាច់។ ចំណាំ៖ ឱសថស្ថាននីមួយៗអាចមានទម្រង់ស្លាកពិសេស។

<p>Anytime Pharmacy #1234 123 Any Street Home Town, US 12345-6789</p> <p>RX 1234567</p> <p>DOE, JANE ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ 01/01/1900 456 Home Road Home Town, US 12345</p> <p>Amoxicillin 500 mg capsules (Teva) 00000-1111-22 QTY: 45</p> <p>SMITH, MD NPI. 4567890123</p> <p>U&C. 200.00</p>	<p>(509)555-1234 Store NPI. 1234567890</p> <p>កាលបរិច្ឆេទបើកថ្នាំ៖ 1/1/2009</p> <p>(509)555-5678</p> <p>DAW. 0 ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់៖ 30</p> <p>ថ្លៃបង់រួម៖ 20.00</p>
--	---

1. កាលបរិច្ឆេទបើកថ្នាំ *
2. លេខ X
3. បរិមាណ *
4. ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ *
5. លេខកូដឱសថជាតិ (NDC) *
6. ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *
7. ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ
8. លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាជាតិរបស់គ្រូពេទ្យ (NPI)
9. DAW
10. តម្លៃធម្មតា និងទូទៅ (U&C)/តម្លៃ RX *
11. ថ្លៃបង់រួម *
12. លេខសម្គាល់អ្នកផ្តល់សេវាជាតិរបស់ឱសថស្ថាន (NPI)

* បង្ហាញពីព័ត៌មានចាំបាច់ដើម្បីដំណើរការការទាមទារសំណង។ ប្រសិនបើព័ត៌មាននេះមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលទេ វាអាចពន្យារពេល ឬរារាំងសមត្ថភាពរបស់យើងក្នុងការដំណើរការសំណើសុំសំណងរបស់អ្នក។

4. សូមចងចាំថាត្រូវរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងដែលបានបំពេញ និងបង្កាន់ដៃទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
5. ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងបង្កាន់ដៃទៅកាន់៖

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
ទូរស័ព្ទ៖ 858-549-1569
អ៊ីមែល៖ Claims@Medimpact.com



ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ កម្មវិធី Medicare Part D

ផ្នែកទី 1

*បង្ហាញព័ត៌មានចាំបាច់

លេខសម្គាល់អ្នកជាវចម្បង/ម្ចាស់បណ្ណ *	លេខក្រុម	
ឈ្មោះផែនការសុខភាព/ធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះអ្នកជាវចម្បង *	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ (mm/dd/yyyy) * / /
ឈ្មោះសមាជិក៖ (នាមខ្លួន, នាមកណ្តាល, នាមត្រកូល) *	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ (mm/dd/yyyy) * / /	ទនាកទនងជាមួយអ្នកជាវចម្បង ខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> សហព័ទ្ធ <input type="checkbox"/> អ្នកក្នុងបន្ទុក <input type="checkbox"/>
អាសយដ្ឋានអ្នកជាវចម្បង៖ (ផ្លូវ, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដប្រៃសណីយ៍)		
អាសយដ្ឋានជំនួស៖ (ផ្លូវ, ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដប្រៃសណីយ៍)		
*ប្រសិនបើមិនបានបញ្ជាក់អាសយដ្ឋានជំនួសទេ ការឆ្លើយឆ្លង និង/ឬការទូទាត់នឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់អាសយដ្ឋានអ្នកជាវចម្បងដែលមាននៅក្នុងកសារជាមួយផែនការសុខភាព/ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។		
លេខទូរស័ព្ទសមាជិក៖ ()		

សូមបញ្ជាក់ហេតុផលដែលដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងទាំងនេះដោយផ្ទាល់ដៃ (ជ្រើសរើសមួយ) ៖

- ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ - បណ្តឹងទាមទារសំណងត្រូវតែដាក់ជូនជាមួយនឹងបង្កាន់ដៃឱសថស្ថានដែលបានបញ្ជាក់ថ្លៃបង់រួមដែលបានបង់ និងការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងចម្បង (ឬប្រវត្តិវេជ្ជបញ្ជាឱសថស្ថានដែលបង្ហាញពីការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងចម្បង)
- កាតបញ្ចុះតម្លៃបានប្រើ
- ព័ត៌មានអំពីផែនការសុខភាព/ធានារ៉ាប់រង ឬកាតធានារ៉ាប់រងមិនមាននៅពេលទិញទេ
- ឱសថស្ថានមិនចូលរួមក្នុងបណ្តាញ
- ឱសថស្ថានមិនអាចដំណើរការបណ្តឹងទាមទារសំណងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានទេ
- ករណីអាសន្ន - ប្រសិនបើជាករណីអាសន្ន សូមពិពណ៌នាអំពីករណីអាសន្នខាងក្រោម
ការដាក់បណ្តឹងទាមទារសំណងដោយផ្ទាល់ដៃមិនធានាការសងប្រាក់វិញទេ។

ពិពណ៌នាអំពីករណីអាសន្ន៖ _____

ផ្នែកទី 2

លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេកថ្នាំ* / /	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេកថ្នាំ <input type="checkbox"/> (ធាក់មួយ)	បរិមាណ*	ចន្លងថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់*	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
ឈ្មោះ នងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ៖ _____ NPI៖ _____	តម្លៃ RX*	ទូទាត់រួម*
				\$	\$

ថ្នាំផ្សំ? បាទ/ចាស ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)

ផ្នែកទី 3

បទស្នាក់ឱសថស្ថាននៅទីនេះ ឬបញ្ចូលព័ត៌មានចាំបាច់៖

ឈ្មោះឱសថស្ថាន*		លេខទូរស័ព្ទឱសថស្ថាន		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		NPI *		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដប្រៃសណីយ៍	ហត្ថលេខារបស់ឱសថការី*	កាលបរិច្ឆេទ*

ខ្ញុំយល់ថា អ្នកណាដែលមានបំណង ឬចេតនាបំភ្លឺព័ត៌មាន លុបចោល ឬក្លែងបន្លំព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំដោយទម្រង់បែបបទនេះអាចនឹងត្រូវរកឃើញថាមានទោសពីបទឧក្រិដ្ឋ និង/ឬត្រូវទទួលទោសរដ្ឋប្បវេណី ឬព្រហ្មទណ្ឌ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ទម្រង់បែបបទនេះ ហើយថាព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូននៅលើទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹងអស់ពីសមត្ថភាព។

_____ កាលបរិច្ឆេទ *

ហត្ថលេខាសមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត លិខិតអនុញ្ញាតអ្នកតំណាង (AOR) ត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយទម្រង់បែបបទនេះ។



ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នៃកម្មវិធី Medicare Part D

ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាច្រើន

ត្រូវតែភ្ជាប់ជាមួយទម្រង់បែបបទឱសថពាណិជ្ជកម្ម ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Part D * បង្ហាញពីព័ត៌មានចាំបាច់

លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេក្ខា *	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេក្ខា <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ *	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ *	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
/	/				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$
ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					
លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេក្ខា *	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេក្ខា <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ *	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ *	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
/	/				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$
ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					
លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេក្ខា *	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេក្ខា <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ *	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ *	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
/	/				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$
ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					
លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេក្ខា *	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេក្ខា <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ *	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ *	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
/	/				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$

ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណាងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					
លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេកថ្នាំ*	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេកថ្នាំ <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ*	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់*	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
	/ /				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$
ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណាងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					
លេខ RX	កាលបរិច្ឆេទបេកថ្នាំ*	ថ្មី <input type="checkbox"/> បេកថ្នាំ <input type="checkbox"/> (ធីកមួយ)	បរិមាណ*	ចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់*	លេខកូដឱសថជាតិ (11 ខ្ទង់) *
	/ /				<input type="text"/>
ឈ្មោះ និងកម្លាំងថ្នាំ *			ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ និងលេខ NPI ឈ្មោះ: _____ NPI: _____	តម្លៃ RX *	ទូទាត់រួម *
				\$	\$
ថ្នាំផ្សំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមកំណត់គ្រឿងផ្សំ NDC និងបរិមាណនៅលើទម្រង់បែបបទទាមទារសំណាងសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ)					



ពាក្យបណ្តឹងងាយទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នៃកម្មវិធី Medicare Part D

ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងសមាសធាតុ

ឱសថស្ថាន ឬមណ្ឌលចែកចាយឱសថត្រូវតែបំពេញផ្នែកដែលនៅសល់នៃទម្រង់បែបបទនេះ ហើយប្រគល់វាឱ្យសមាជិក/អ្នកជំងឺ ឬផ្តល់ឱ្យសមាជិក/អ្នកជំងឺនូវទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងជាសកលសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ។ *

- ផ្តល់លេខ NDC ចំនួន 11 ខ្ទង់សម្រាប់គ្រឿងផ្សំនីមួយៗនៅក្នុងថ្នាំ
- បញ្ជាក់គ្រឿងផ្សំឱសថ និងបរិមាណ។
- បញ្ជាក់បរិមាណគិតជាម៉ែត្រដែលចែកចាយជាចំនួនគ្រាប់ ក្រាម ឬមីល្លីលីត្រសម្រាប់ថ្នាំទឹក ក្រែម ថ្នាំលាប ឬថ្នាំចាក់។
- បញ្ជាក់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដោយ អ្នកជំងឺ។

វេជ្ជបញ្ជាថ្នាំផ្សំ			
សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងឱសថស្ថានតែប៉ុណ្ណោះ *			
ថ្លៃសរុប៖			\$

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើថ្នាំ/ឱសថត្រូវបានទិញនៅក្រៅប្រទេស រូបិយប័ណ្ណត្រូវតែប្តូរទៅជាប្រាក់ដុល្លារអាមេរិក។

ច្បាប់ដើមនៃស្លាកវេជ្ជបញ្ជាឱសថស្ថាន ឬបង្កាន់ដៃសាច់ប្រាក់គួរតែភ្ជាប់មកជាមួយទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងនេះ ឬទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងជាសកលសម្រាប់ថ្នាំផ្សំ។ ស្លាកវេជ្ជបញ្ជា និងបង្កាន់ដៃនឹងមិនប្រគល់សងជូនវិញទេ អ្នកប្រហែលជាចង់ថតចម្លងឯកសារកំណត់ត្រារបស់អ្នក។

