

Advantage D-SNP

**ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចូលរួមក្នុងគម្រោង
ទូទាត់ថ្លៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare**

គម្រោងទូទាត់ថ្លៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare គឺជាជម្រើសទូទាត់ស្ម័គ្រចិត្ត ដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយចេញពីហោរ៉ាប៊ែររបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំដោយពង្រីកវាពេញមួយឆ្នាំប្រតិទិន (ខែមករា-ខែធ្នូ)។ **ជម្រើសទូទាត់នេះអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនអាចជួយអ្នកសន្សំប្រាក់ ឬកាត់បន្ថយការចំណាយថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទេ។**

ជម្រើសទូទាត់នេះ **អាច** មិនមែនជាជម្រើសដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយក្នុងការបង់ថ្លៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីដូចជា Extra Help ពីកម្មវិធី Medicare ឬកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (SPAP)។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់អ្នក។

សូមបំពេញចន្លោះទាំងអស់ លើកលែងតែមានសម្គាល់ថាស្រេចចិត្ត

នាមខ្លួន: _____ នាមត្រកូល: _____

អក្សរដើមនៃនាមកណ្តាល (ស្រេចចិត្ត): _____

លេខកម្មវិធី Medicare: _____

លេខសមាជិកគម្រោង Health Plan: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (MM/DD/YYYY) (___/___/___)	លេខទូរសព្ទ: ()
-------------------------------------------------	--------------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំវាយបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងជួបបញ្ហាគ្មានផ្ទះសំបែង): _____

ទីក្រុង:	ខោនធី (ស្រេចចិត្ត):	រដ្ឋ:	លេខកូដតំបន់:
----------	---------------------	-------	--------------

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (អនុញ្ញាតឱ្យរួមបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រ): _____

ទីក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខកូដតំបន់:
----------	-------	--------------

ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare សម្រាប់:

ឆ្នាំគម្រោងបច្ចុប្បន្ន ឆ្នាំគម្រោងខាងមុខ

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

- ខ្ញុំយល់ថាទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាសំណើសុំចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare។ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) នឹងទាក់ទងមកខ្ញុំ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។
- ខ្ញុំយល់ថា ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ មានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីទម្រង់បែបបទ ព្រមទាំងប្រកាសនិងលក្ខខណ្ឌដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ។

- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងជម្រាបជូនអ្នកដឹងនៅពេលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare ដំណើរការ។ រហូតដល់ពេលនោះ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមិនមែនជាអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare ទេ។
- ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំបន្តនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬគម្រោងឱសថដែលនេះ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP នឹងបន្តការចូលរួមរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare នៅដើមឆ្នាំប្រតិទិននីមួយៗ លើកលែងតែខ្ញុំទាក់ទងប្រាប់ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ថាខ្ញុំចាកចេញ។

ហត្ថលេខា:	កាលបរិច្ឆេទ:
------------------	---------------------

ប្រសិនបើអ្នកនឹងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះជូននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋឱ្យបំពេញទម្រង់បែបបទចូលរួមនេះ និងមានឯកសារនៃសិទ្ធិអំណាចនេះជាស្រេច ប្រសិនបើកម្មវិធី Medicare ស្នើសុំ។

ឈ្មោះ:	អាសយដ្ឋាន (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដតំបន់):
--------	---------------------------------------------

លេខទូរសព្ទ: ()	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកចូលរួម:
-----------------	-------------------------------

របៀបដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទនេះ:

ដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចទៅកាន់៖
តាមប្រៃសណីយ៍: Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP
 ជូនចំពោះ: M3P Enrollment
 7751 South Manthey Road
 French Camp, CA 95231
ទូរសារ: 209-762-4704

អ្នកក៏អាចបំពេញទម្រង់បែបបទស្នើសុំចូលរួមនេះបានផងដែរដោយហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-833-546-0796 ដើម្បីដាក់ស្នើសំណើរបស់អ្នកតាមទូរសព្ទ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-833-546-0796 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅកាន់លេខ 711។

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

ប្រការនិងលក្ខខណ្ឌឧទាហរណ៍

1. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងបង់ \$0 នៅឱសថស្ថាន ហើយគម្រោងរបស់ខ្ញុំនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រប្រចាំខែឱ្យខ្ញុំសម្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំយល់ថាគម្រោងទូទាត់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare (កម្មវិធី) អាចអនុវត្តបានសម្រាប់តែថ្នាំ Medicare Part D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ។
2. ខ្ញុំយល់ថាក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមនៃជម្រើសទូទាត់ដោយស្ម័គ្រចិត្តនេះ ខ្ញុំនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំជំពាក់សម្រាប់ការបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា។ ខ្ញុំយល់ថាការទូទាត់នឹងត្រូវដល់កំណត់នៅត្រឹមកាលបរិច្ឆេទដែលបានបង្ហាញនៅលើវិក្កយបត្រប្រចាំខែ។
3. ខ្ញុំយល់ថាការទូទាត់ប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរជារៀងរាល់ខែ ពីព្រោះការចំណាយលើថ្នាំចេញពីហោប៉ៅថ្មីត្រូវបានបន្ថែមទៅក្នុងការទូទាត់ប្រចាំខែ នៅពេលដែលខ្ញុំបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ឬបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាឡើងវិញដែលមានស្រាប់។
4. ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលខ្ញុំចូលរួមកម្មវិធីនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមទូទាត់ថ្លៃថ្នាំរបស់ខ្ញុំរហូតដល់ចំនួនអតិបរមានៃចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំនៃ Medicare Part D សម្រាប់ថ្នាំ Medicare Part D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ ខ្ញុំយល់ថាវិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំគឺផ្អែកលើអ្វីដែលខ្ញុំនឹងទូទាត់សម្រាប់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលខ្ញុំបានទទួល ឬក៏នឹងសមតុល្យខែមុនរបស់ខ្ញុំ ចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំ។
5. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកចេញពីកម្មវិធីនេះ (រយៈពេលមិនស្ម័គ្រចិត្ត) ប្រសិនបើការទូទាត់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលហួសកាលកំណត់ត្រូវបង់មិនត្រូវបានទទួលនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលអនុគ្រោះ។ នៅពេលដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់ ខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ប្រាក់ដល់ឱសថស្ថានដោយផ្ទាល់សម្រាប់ថ្លៃថ្នាំថ្មីទាំងអស់ដែលចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចដាក់សំណួរ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់គម្រោងរបស់ខ្ញុំបាន។
6. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចចាកចេញពីកម្មវិធីបានគ្រប់ពេល (រយៈពេលស្ម័គ្រចិត្ត)។ ប្រសិនបើខ្ញុំនៅតែជំពាក់សមតុល្យ ខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខ្ញុំជំពាក់ ទោះបីជាខ្ញុំលែងចូលរួមក្នុងជម្រើសទូទាត់នេះទៀតក៏ដោយ។
7. ខ្ញុំយល់ថាការចាកចេញពីកម្មវិធី ដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការធានារ៉ាប់រងលើ Medicare Part D របស់ខ្ញុំជាមួយនឹងគម្រោង Part D របស់ខ្ញុំទេ។
8. ខ្ញុំយល់ថាដោយមិនគិតពីរបៀបដែលការចូលរួមរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់ ខ្ញុំនឹងបន្តទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែសម្រាប់ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកក្នុងអំឡុងពេលចូលរួមរបស់ខ្ញុំក្នុងជម្រើសទូទាត់ប្រាក់រហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជំពាក់ទាំងអស់ត្រូវបានបង់អស់។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបង់សមតុល្យទាំងអស់ក្នុងពេលតែមួយ ឬត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃប្រចាំខែ។
9. ប្រសិនបើអ្នកមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ ឬស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរចាប់តាំងពីជ្រើសរើសជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះ អ្នកប្រហែលជាមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីដែលអាចជួយកាត់បន្ថយការចំណាយរបស់អ្នកបាន។ មនុស្សជាច្រើនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសន្សំទាំងនេះ ហើយថែមទាំងមិនដឹងពីវាទៀតផង។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.Medicare.gov/basics/costs/help) ឬទាក់ទងការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ រកមើលការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅលើគេហទំព័រ [ssa.gov/locator/](https://www.ssa.gov/locator/)។