

ទម្រង់ស្នើសុំការ ចុះឈ្មោះបុគ្គលក្នុង គម្រោង Medicare Advantage (ផ្នែក C)



✓ ពិនិត្យស្ថានភាពកម្មវិធីរបស់អ្នកនៅ
ទីនេះ៖
wellcare.com/applicationtracker

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 (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជ
សាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់នេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

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

ចូលទៅកាន់ [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ដើម្បីស្វែងយល់
បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះ
សម្រាប់គម្រោងមួយ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់ បែបបទនេះ?

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

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរទាំងអស់ដោយសញ្ញា
ផ្កាយ (*)។ សំណួរដែលគ្មានសញ្ញាផ្កាយ (*) គឺតាមជម្រើស
– អ្នកមិនអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រងបានទេ ព្រោះ
អ្នកមិនបានបំពេញវាទេ។



តើអ្នកបានគិតអំពីការចុះឈ្មោះនៅ
go.wellcare.com/OhanaHI ជំនួសវិញទេ? វា
ជាវិធីរហ័ស សុវត្ថិភាព និងងាយស្រួលក្នុង
ការអនុវត្ត

ការគ្រើនវត្តមាន៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង
ក្នុងអំឡុងពេលការចុះឈ្មោះចូលរៀននៅរដូវស្លឹកឈើ
ជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែ
ទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់របស់អ្នក
ត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រសម្រាប់
បុព្វលាភរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះ
ដើម្បីឱ្យការទូទាត់បុព្វលាភរបស់អ្នកត្រូវបាន
កាត់ចេញពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថ
ប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬ
ក្រុមប្រឹក្សាសោធននិរត្តន៍ផ្លូវដែក)។

តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ផ្ញើទម្រង់ដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នក
ទៅកាន់៖

Wellcare By 'Ohana Health Plan
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បី
ចូលរួម ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

**តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់
បែបបទនេះដោយរបៀបណា?**

ហៅទូរសព្ទ ទៅ Wellcare តាមរយៈ 'Ohana
Health Plan តាមលេខ 1-844-480-0680។
អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ
711។ ឬហៅទៅ Medicare តាមលេខ
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ
ប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយ
ប៉ុន្តែមិនមានលំនៅដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រអប់
ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋាននៃកន្លែងស្នាក់នៅ
ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួល
សំបុត្រ (ឧទាហរណ៍ ការត្រួតពិនិត្យសន្តិសុខ
សង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជា
អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

សំខាន់

កុំធ្វើទម្រង់នេះ ឬវត្ថុណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារ ការបង់ប្រាក់
វេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រា។ល។) ទៅកាន់ការិយាល័យសម្ភាគប្បីរបស់យើង PRA ។ ធាតុណាមួយដែលយើង
ទទួលបានដែលមិនមែនអំពីវិធីកែលម្អទម្រង់នេះ ឬបន្ទុកការប្រមូលរបស់វា (មានចែងក្នុង
OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបំផ្លាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោង
នោះទេ។ សូមមើល “តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?” នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីធ្វើទម្រង់បំពេញរបស់
អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

[illegible]

[illegible]

តើអ្នកមានអារម្មណ៍ស្រួលក្នុងការប្រើអ៊ីនធឺណិត អ៊ីបែល ឬធ្វើសារដោយខ្លួនឯងទេ?

បាទ

ទេ

(សូមចំណាំថាការប្រាស្រ័យទាក់ទងអាចត្រូវបានផ្ទេរនៅខាងក្រៅ 'វិធីសាស្ត្រដែលបុគ្គលទំនាក់ទំនងចង់ប្រើ' ដែលបានជ្រើសរើស)

*អាស័យដ្ឋានផ្ទះលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍៖

[illegible][illegible]

*អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖ (លុះត្រាតែខុសពីអាសយដ្ឋានផ្លូវលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ប្រអប់ PO ត្រូវ

*អាសយដ្ឋានផ្ទះ ១១១

[illegible][illegible]

*ហ៊្វីបកូដ	០				
------------	---	--	--	--	--

ទំនាក់ទំនងសម្រាប់ករណីអាសន្ន៖

[illegible][illegible][illegible]

សូមផ្តល់ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក។

សូមយកកាត Medicare ពាណិជ្ជកម្ម
ស និងខៀវរបស់អ្នកចេញ ដើម្បី
បំពេញផ្នែកនេះ។

- បំពេញព័ត៌មាននេះ ដូចដែលវា
បង្ហាញនៅលើកាត Medicare
របស់អ្នក។
 - ឬ -
- ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណ
Medicare របស់អ្នក ឬលិខិតរបស់
អ្នកពីសន្តិសុខសង្គម ឬ
ក្រុមប្រឹក្សានិរន្តរ៍ផ្លូវដែក។

ឈ្មោះ (ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើកាត Medicare របស់អ្នក)៖

*លេខ Medicare®

[illegible]

មានសិទ្ធិ: កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាន: (MMDDYYYY)

មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)

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

វេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B)

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

អ្នកត្រូវតែមាន Medicare Part A ឬ Part B ដើម្បីចូលរួមក្នុង
គម្រោង Medicare Advantage ។

សូមអាន និងឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

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

၂၀၁၈ ခုနှစ်

ប្រសិនបើ “បាទ” សូមរាយបញ្ជីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក និងលេខអត្តសញ្ញាណ (ID) របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

*ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

[illegible]

*លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

[illegible]

* លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

[illegible]

2. តើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំដៃរបួសទេ? ☐ បាទ ☐ ទេ
ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” សូមផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម៖

ឈ្មោះស្ថាប័ន៖

[illegible]

អាស័យដ្ឋានរបស់ស្ថាប័ន (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)៖

[illegible]

ទីក្រុង៖

[illegible]

ΣΣ		
----	--	--

ហ្នឹងបង្កះ:

--	--	--	--	--

លេខទូរស័ព្ទ៖

[illegible]

*3. សូមផ្តល់លេខកម្មវិធី Medicaid របស់អ្នក៖

[illegible]

តំណាងដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ៖

[illegible]

ទំព័រ 3 នៃ 12

ការបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់បុព្វលាភគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ កាតឥណទាន បង់តាមទូរស័ព្ទ ឬ តាមរយៈការផ្ទេរប្រាក់តាមអេឡិចត្រូនិក (EFT) រៀងរាល់ខែ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រង របស់អ្នកដោយការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីការត្រួតពិនិត្យអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬផ្លូវរថភ្លើង (RRB) របស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ ប្រសិនបើមានសិទ្ធិ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសជម្រើស បង់ប្រាក់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសៀវភៅតូប៉ុង ដើម្បីបង់បុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងផ្នែក D-ប្រាក់ចំណូល (ផ្នែក D-IRMAA) អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់បន្ថែមនេះដោយផ្ទាល់ទៅ Medicare បន្ថែមពីលើបុព្វលាភគម្រោងរបស់ អ្នក។ កុំបង់ថ្លៃ Wellcare ផ្នែក D-IRMAA ។

អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិតអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែម ដើម្បីបង់ថ្លៃឱសថមាន វេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្លួន។ ទោះបីជាអ្នកមានជំនួយបន្ថែមឥឡូវនេះក៏ដោយ អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ពាក្យសុំ ការបញ្ជាក់ឡើងវិញ។ មនុស្សជាច្រើនមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សន្សំទាំងនេះ ហើយថែមទាំងមិនស្គាល់ វាទៀតផង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយបន្ថែម (Extra Help) នេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យ សន្តិសុខសង្គមក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំជំនួយបន្ថែមតាម អនឡាញផងដែរនៅ <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help> ។

សូមជ្រើសរើសជម្រើសបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង៖

☐ ការផ្ទេរប្រាក់តាមអេឡិចត្រូនិក (EFT) ពីគណនីធនាគាររបស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។

- អ្នកនឹងមិនចាំបាច់ចាំថាត្រូវផ្ញើមូលប្បទានប័ត្រជារៀងរាល់ខែនោះទេ។
- ប្រាក់ត្រូវបានព្រាងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគណនីរបស់អ្នកនៅចន្លោះថ្ងៃទី 15th ថ្ងៃទី 20th ខែនីមួយៗ។
- សូមភ្ជាប់នូវមូលប្បទានប័ត្រដែលបានលុបចោល ឬផ្តល់ជូនដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី៖ _____
(បោះពុម្ពឈ្មោះដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើគណនីដែលត្រូវដកប្រាក់។)

ឈ្មោះធនាគារ៖ _____

លេខធនាគារ (ត្រូវតែជាលេខ 9 ខ្ទង់)

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

លេខគណនី

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

ប្រភេទគណនី៖ ☐ កំពុងពិនិត្យ ☐ ការសន្សំ

ហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់គណនី៖ (ប្រសិនបើខុសពីអ្នកចុះឈ្មោះ) _____

ខ្ញុំយល់ព្រមថាការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅតែជាធរមានរហូតដល់ខ្ញុំផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរដើម្បីបញ្ចប់សេវាកម្មនេះ។

☐ ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិពីការត្រួតពិនិត្យអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬផ្លូវរថភ្លើង (RRB)

ប្រចាំខែរបស់អ្នក (ប្រសិនបើមានសិទ្ធិ)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ របបសន្តិសុខសង្គម ☐ ក្រុមប្រឹក្សាចូលនិវត្តន៍ផ្លូវដែក៖

ការកាត់កងសន្តិសុខសង្គម/RRB អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែដើម្បីចាប់ផ្តើម បន្ទាប់ពីសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB យល់ព្រមលើការកាត់នេះ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ចេញដំបូងពីការពិនិត្យអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬ RRB របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលបុព្វលាភរ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ពេលដែលការកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម ឬ RRB មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់ប្រាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ឬយល់ព្រមឱ្យការកាត់ប្រាក់ចាប់ផ្តើមបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះចូលរៀន យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រសម្រាប់បុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នក។

☐ ទទួលបានសៀវភៅតូប៉ុងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់បុព្វលាភប្រចាំខែ។

ចំណាំ៖ អ្នកក៏អាចបង់បុព្វលាភកម្រោងរបស់អ្នកដោយកាតឥណទាន ឬដោយការកាត់ចេញពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក (ពិនិត្យ/សន្យា) ជំនួសឱ្យការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណប្រចាំខែ។ ដើម្បីរៀបចំការទូទាត់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងនៅ go.wellcare.com/OhanaHI ឬហៅទៅកាន់ Wellcare តាមរយៈលេខ 1-844-480-0680។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711។ យើងបើកពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ (គ្រប់តំបន់)។



សូមអានព័ត៌មានសំខាន់ៗនេះ៖

សម្រាប់គម្រោង MAPD៖ ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពិនិយោជក ឬសហជីពការចូលរួមក្នុងគម្រោង Wellcare អាចប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់និយោជក ឬសហជីពរបស់អ្នក។ អ្នកអាចបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់និយោជក ឬសហជីពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមជាមួយ Wellcare។ អានសារទំនាក់ទំនងដែលនិយោជក ឬសហជីពរបស់អ្នកផ្ញើមកអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ពួកគេ ឬទាក់ទងការិយាល័យដែលមានរាយក្នុងទំនាក់ទំនងរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើមិនមានព័ត៌មានអំពីអ្នកណាដែលត្រូវទាក់ទង អ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬការិយាល័យដែលឆ្លើយសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចជួយបាន។

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខា៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តនៅក្នុង 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) ។

- 5146466 HI6WCMAPPCAM M 0000

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។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបចោល។

ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលអ្នកជ្រើសរើសទាមទារកាលបរិច្ឆេទ សូមប្រើទម្រង់ខាងក្រោម៖
MMDDYYYY

សូមអានប្រយោគខាងក្រោមទាំងអស់មុនពេលធ្វើការជ្រើសរើស។

- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សថ្មីសម្រាប់ Medicare ។
*សូមជ្រើសរើសតែក្នុងករណីដែលអ្នកមាន 1. សិទ្ធិថ្មី; 2. អ្នកគឺស្ថិតនៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ មុនពេលគ្រប់អាយុ 65 ឆ្នាំ ឬថ្មីៗនេះអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយ។ 3. អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ថ្មី; ឬ 4. មានសិទ្ធិថ្មី ប៉ុន្តែពុំមុនគ្រាន់តែទទួលបាន Medicare តាមរយៈពិការភាព។
*ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជករបស់អ្នកបានបញ្ចប់នាពេលថ្មីៗនេះ ហើយនេះជាលើកដំបូងរបស់អ្នកក្នុងការប្រើ Medicare សូមជ្រើសរើស “ខ្ញុំបានចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងពិនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ” SEP ខាងក្រោម។
- ☐ រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP) ថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ☐ ខ្ញុំមានផ្នែក A/D ហើយថ្មីៗនេះបានចុះឈ្មោះសម្រាប់ផ្នែក B ។ ខ្ញុំចង់ចុះឈ្មោះចូលទៅក្នុងគម្រោង MA ។
- ☐ ខ្ញុំជាមនុស្សថ្មីសម្រាប់ Medicare ហើយខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងអំពីការទទួលបាន Medicare បន្ទាប់ពីផ្នែក A និង/ឬផ្នែក B របស់ខ្ញុំ បានចាប់ផ្តើមគ្របដណ្តប់។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ៖

--	--	--	--	--	--	--	--
- ☐ ពុំមុនខ្ញុំមាន Medicare ប៉ុន្តែឥឡូវនេះខ្ញុំមានអាយុ 65 ឆ្នាំហើយ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរកំឡុងពេលអំឡុងពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទៅអាសយដ្ឋានថ្មីដែលនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរថ្មីៗនេះ ហើយ គម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានបន្ត

--	--	--	--	--	--	--	--
- ☐ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទៅ U.S. វិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅក្រៅប្រទេស។ ខ្ញុំបានត្រឡប់មកវិញ

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

9. ☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេដោះលែងពីការឃុំខ្លួន។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅ
10. ☐ ថ្មីៗនេះខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពរក្សាស្របច្បាប់នៅ U.S. ដែលខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះ។
11. ☐ ខ្ញុំរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទាជាដើម។
*ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។
12. ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ចេញពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យស្តារនីតិសម្បទាជាដើម។ *ចំណាំ៖ ព័ត៌មានអំពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងត្រូវតែបំពេញនៅលើទម្រង់បែបបទ។ ខ្ញុំបានរើចេញពីកន្លែងនៅ
13. ☐ ខ្ញុំបានចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងពិនិយោជក ឬសហជីពរបស់ខ្ញុំ (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រង COBRA) នៅ
14. ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមែនជា Medicare ផ្សេងទៀតដែលល្អដូចការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicare (ការធានារ៉ាប់រងដែលអាចទុកចិត្តបាន) ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជា Medicare របស់ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ ហើយមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឥណទានទៀតទេ។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ
15. ☐ គម្រោងដែលមានស្រាប់របស់ខ្ញុំគឺមិនបន្តសម្រាប់ឆ្នាំកិច្ចសន្យានាពេលខាងមុខ
*ចំណាំ៖ SEP នេះមានសុពលភាពត្រឹមថ្ងៃទី 12/8 - ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែកុម្ភៈ។
16. ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ដោយសារតែ Medicare បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានទទួលសំបុត្រពី Medicare ដែលនិយាយថាខ្ញុំអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត។ ការគ្របដណ្តប់របស់ខ្ញុំបានបញ្ចប់
17. ☐ ខ្ញុំបានទម្លាក់ការរ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង PACE (កម្មវិធីនៃការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់)។ ខ្ញុំបានចាកចេញពី កម្មវិធី
18. ☐ ខ្ញុំបានបាត់បង់គម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់ខ្ញុំ ដោយសារខ្ញុំលែងមានស្ថានភាពតម្រូវការពិសេសរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គម្រោងនោះទៀតហើយ។ ខ្ញុំនឹងក្លាយជា ឬត្រូវបានដកចេញពី SNP នៅលើ
19. ☐ ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងតម្រូវការពិសេស ដែលសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍របស់វាចំពោះស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។
20. ☐ ខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោង CSNP របស់ខ្ញុំ ហើយចង់ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងនៅ
21. ☐ ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត Medicaid របស់ខ្ញុំ ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅលើ
22. ☐ ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងជំនួយបន្ថែមរបស់ខ្ញុំដែលបង់ថ្លៃឱសថរបស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបានជំនួយបន្ថែម មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយបន្ថែមរបស់ខ្ញុំ ឬបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម) នៅលើ

- 5146466_HI6WCMAPPCAM_M_0000

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយការប្រើក្រដាសស្នាមឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យ ឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខ ត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បី បំពេញព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថា មានជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយ រួមទាំង ពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែល ត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិផ្សេងៗអំពីភាពសុ ក្រិតនៃពេលវេលាសន្មតនេះ ឬមានយោបល់ កែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ។ ផ្នែក 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូល ព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបាន Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធនៃការជូនដំណឹង (SORN) “Medicare Advantage ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (MARx)” ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់នេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

‘Ohana Health Plan, គម្រោងដែលផ្តល់ដោយ WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.