



ទម្រង់បែបបទផ្លាស់ប្តូរគម្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage

បច្ចុប្បន្ន សមាជិកគម្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage អាចប្រើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ ខ្លីនេះ ដើម្បីចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ដែលផ្តល់ជូនដោយ Blue Shield of California។

សូមទូរសារ ឬផ្ញើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់៖

ទូរសារ៖ (877) 251-3660

ប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

បច្ចុប្បន្ន ខ្ញុំជាសមាជិកគម្រោង _____ ក្នុង _____
ជាមួយនឹងថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែចំនួន \$ _____។

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ ខោនធី Los Angeles/San Diego
(\$0 ក្នុងមួយខែ)

ខ្ញុំយល់ថា គម្រោងនេះមានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពខុសៗគ្នា ហើយអាចមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ ដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ។

លេខសមាជិក៖

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	ឈ្មោះជាអក្សរកាត់កណ្តាល (ជាជម្រើស)៖
------------	-----------	------------------------------------

លេខទូរសព្ទ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ ☐ ទូរសព្ទលើតុ ☐ ទូរសព្ទដៃ
-------------	--

អាសយដ្ឋានផ្លូវអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង អាចចាត់ទុកប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ថាជាអាសយដ្ឋានរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ដែលបានអនុញ្ញាត)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) ឬគ្លីនិកដែលបានជ្រើសរើស (សម្រាប់តែ HMO ប៉ុណ្ណោះ)៖

ផ្នែកទី 2 – ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេ ដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញដែរឬទេ? ជ្រើសរើសចម្លើយទាំងអស់ដែល អាចអនុវត្តបាន។

- | | |
|---|--|
| ☐ ទេ មិនមែនជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ | ☐ បាទ/ចាស ជនជាតិម៉ិកស៊ិក ជនជាតិអាមេរិក មានដំណើតម៉ិកស៊ិក ជនជាតិឈីកាណូ/ណា |
| ☐ បាទ/ចាស ជនជាតិព័រតូរីកូ | ☐ បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា |
| ☐ បាទ/ចាស ជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ | ☐ ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ |

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? ជ្រើសរើសចម្លើយទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន។

- | | |
|--|--|
| ☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ជនជាតិអាស៊ី: | ☐ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬជនជាតិអាមេរិកាំងមាន ដំណើតពីអាហ្វ្រិក |
| ☐ ជនជាតិដើមអាស៊ី | ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ និងកោះប៉ាស៊ីហ្វិក: |
| ☐ ជនជាតិចិន | ☐ ជនជាតិហ្គីម៉ានី ឬជនជាតិបាម៉ូរ៉ូ |
| ☐ ជនជាតិហ្វីលីពីន | ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ |
| ☐ ជនជាតិជប៉ុន | ☐ ជនជាតិសាម៉រ |
| ☐ ជនជាតិកូរ៉េ | ☐ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត |
| ☐ ជនជាតិវៀតណាម | ☐ ជនជាតិស្បែកស |
| ☐ ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត | ☐ ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។ |

រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ☐ អារ៉ាប់ | ☐ ភាសាចិន (បុរាណ) | ☐ អេស្ប៉ាញ |
| ☐ អាមេនី | ☐ ហ្វីលីពីន | ☐ តាកាទូក |
| ☐ ខ្មែរ | ☐ កូរ៉េ | ☐ វៀតណាម |
| ☐ ភាសាចិន (សាមញ្ញ) | ☐ រុស្ស៊ី | |

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

- ☐ អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំៗ ☐ សំលេង CD ☐ ទិន្នន័យ CD
- សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងមានពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:	លេខទូរសព្ទផ្ទះ:
ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើការចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងដឹកជញ្ជូនដោយគ្មាន ក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីគម្រោងដែលអ្នកត្រូវការជាច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមប្រព័ន្ធ អេឡិចត្រូនិក។ យើងនឹងធ្វើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មី (ឧទាហរណ៍: ការពិន្យល់ ពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ) អាចរកបានតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចចូល ទៅកាន់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ☐ ជំនួសឱ្យការដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាស យើងនឹងធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលបានតម្រូវមកឱ្យ អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។ សូមចំណាំថាការប្រាស្រ័យទាក់ទងមួយចំនួនមានទំហំធំណាស់ ហើយប្រហែលជាមិន សមស្របនៅក្នុងប្រអប់សំបុត្រទាំងអស់ទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការ ដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។	

ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមប្រៃសណីយ៍ជាដាច់ខាត។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបង់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់បន្ទាប់របស់អ្នកដែលត្រូវបង់ ឬអ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្ររបបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍) របស់អ្នកជាដាច់ខាត។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសបង់ប្រាក់របស់អ្នក សូមចូលមើលយើងខ្ញុំតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicarewaystopay ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

☐ ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ Railroad Retirement Board (RRB)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ របបសន្តិសុខសង្គម ☐ RRB

(ការកាត់កងរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនជាងនេះ ដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់កងលើកដំបូងពីការមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍នៃ Railroad Retirement Board/សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ចំណុចនៃការកាត់កងចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រក្រដាសទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានវាយតម្លៃចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីរដ្ឋបាលរបបសន្តិសុខសង្គម។ អ្នកនឹងទទួលបានសត្រូវក្នុងការបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះ បន្ថែមលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងអ្នក។ អ្នកនឹងមានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកាត់ទុកពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬត្រូវចេញវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់ពី Medicare ឬ Railroad Retirement Board។ កុំបង់ឱ្យ Blue Shield of California សម្រាប់ IRMAA ផ្នែក D។

អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិតអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះ Medicare អាចបង់ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក រួមទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប្រចាំខែ ការកាត់កងប្រចាំឆ្នាំ និងការធានារ៉ាប់រងរួម។ លើសពីនេះ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនទទួលបានការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតនោះទេ។ មនុស្សជាច្រើនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសន្សំសំចៃទាំងនេះ ហើយមិនដឹងថាមានក៏ដោយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី Extra Help នេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យ របបសន្តិសុខសង្គម ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅ របបសន្តិសុខសង្គម តាមរយៈលេខ (800) 772-1213។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ (800) 325-0778។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំ Extra Help លើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Extra Help ជាមួយនឹងថ្លៃចំណាយលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare អ្នក Medicare នឹងបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុង ឬផ្នែកមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ប្រសិនបើ Medicare បង់តែផ្នែកមួយចំនួននៃថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ យើងនឹងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare មិនធានារ៉ាប់រង។

សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

Blue Shield of California គឺជាគម្រោងដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងទទួលបានជំនួយពីភ្នាក់ងារលក់ ឈ្មួញកណ្តាល ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលបានជួល ឬបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គាត់អាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃដោយផ្អែកលើការ ចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោង សុខភាព Medicare នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare និងគម្រោងផ្សេងទៀតតាមភាពចាំបាច់ សម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ផងដែរថា គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងទិន្នន័យព្រឹត្តិការណ៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា របស់ខ្ញុំទៅកាន់ Medicare ដែលអាចបញ្ចេញព័ត៌មាននោះសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងគោលបំណងផ្សេងទៀត ដែលអនុវត្តតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់។ ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ដោយចេតនានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។ ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដែលមាន Medicare មិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ទេ ខណៈពេលនៅក្រៅប្រទេសលើកលែងតែ ការធានារ៉ាប់រងមានម្រិតនៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។

ខ្ញុំយល់ថា ចាប់ផ្តើមពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan លើកលែងតែ សេវាក្នុងភាពអាសន្ន ឬដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬសេវាលាងឈាមនៅក្រៅតំបន់។ សេវាដែលបានអនុញ្ញាតដោយ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងសេវាផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងឯកសារ Evidence of Coverage (EOC, ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផង ដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាត **ទាំង MEDICARE និងគម្រោង BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN នឹងមិនបង់ថ្លៃលើសេវាទាំងនោះទេ។**

ខ្ញុំយល់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំក្រោមច្បាប់ នៃរដ្ឋដែលខ្ញុំរស់នៅ) នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសាររបស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ ថា៖ 1) បុគ្គលនេះទទួលបានការអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង 2) ឯកសារអំពី ការអនុញ្ញាតនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំពី Medicare។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទំព័រមុន ហើយផ្តល់ ព័ត៌មាន ដូចខាងក្រោម៖

ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋាន៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរសព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ

បំពេញផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គលម្នាក់ (ដូចជា អ្នកប្រឹក្សានៃកម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program (SHIP, កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ) ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នក ចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

☐ អ្នកប្រឹក្សាអ្នកប្រឹក្សានៃកម្មវិធី SHIP

☐ អ្នកតំណាងដែលមានការ អនុញ្ញាត

ហត្ថលេខា៖ _____

☐ ផ្សេងទៀត (ភាគីទីបី)

☐ ខ្លួនឯង

ព័ត៌មានអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

*ចង្អុលបង្ហាញផ្នែកដែលត្រូវការ

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____

(សូមសរសេរឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង)

ID ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំងលេខ៖ _____

(សូមសរសេរលេខ ID ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង)

ឈ្មោះរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

(សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ)

NPN បុគ្គលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

(សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះអ្នកផលិត/NPN បុគ្គលរបស់ភ្នាក់ងារសរសេរ)

លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

ពាក្យស្នើសុំកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីគោលការណ៍ណែនាំការទំនាក់ទំនង និង ទិដ្ឋភាព និងច្បាប់ចុះឈ្មោះរបស់ CMS Medicare ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឧបករណ៍ចុះឈ្មោះ ពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថា ការចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare នេះក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុលោមតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

Blue Shield of California គឺជាកម្រោង HMO D-SNP ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A56202MAD-TD-FF-KH_0325