



ទម្រង់បែបបទផ្លាស់ប្តូរគម្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage ឆ្នាំ 2026

បច្ចុប្បន្ន សមាជិកគម្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage អាចប្រើ ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះខ្លី នេះ ដើម្បី ចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ដែលផ្តល់ជូនដោយ Blue Shield of California។

សូមទូរសារ ឬផ្ញើ ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ ទៅកាន់៖

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 គម្រោងនេះមានអត្ថប្រយោជន៍ សុខភាពខុសៗគ្នា ហើយអាចមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ ដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ។

លេខសមាជិក៖

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

លេខទូរសព្ទ៖

ប្រភេទទូរសព្ទ៖ ☐ ទូរសព្ទលើតុ ☐ ទូរសព្ទដៃ

អាសយដ្ឋានផ្លូវអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង អាចចាត់ទុកប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ថាជាអាសយដ្ឋានរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) ឬគ្លីនិកដែលបានជ្រើសរើស (សម្រាប់តែ HMO ប៉ុណ្ណោះ)៖

យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act (PRA, ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមការងារ) ឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងកញ្ចប់ថវិកា) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះមានលេខ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានជាមធ្យមថាមានរយៈពេល 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយដោយរាប់បញ្ចូលទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ការស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ និងការប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មានឡើងវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមាននឹងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រជាដើម) ទៅកាន់ PRA Reports Clearance Office (ការិយាល័យត្រួតពិនិត្យរបាយការណ៍នៃ PRA)។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែននិយាយអំពីកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬការដាក់បន្ទុកលើការប្រមូលរបស់ខ្លួន (មានចែងក្នុងលេខ 0938-1378 OMB) នឹងត្រូវបង្ហាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យឡើងវិញ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងទេ។

ផ្នែកទី 2 – ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើ អ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើ ពី តំបន់ទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពី ភាសាអង់គ្លេស។

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ ភាសាអារ៉ាប់ | ☐ ភាសាចិន (ប្រពៃណី) | ☐ ភាសាអេស៉្បាញ |
| ☐ ភាសាអាល្លឺម៉ង់ | ☐ ភាសាហ្វីលីពីន | ☐ ភាសាតាកាឡុក |
| ☐ ភាសាខ្មែរ | ☐ ភាសាកូរ៉េ | ☐ ភាសារ៉ូម៉ានី |
| ☐ ភាសាចិន (សាមញ្ញ) | ☐ ភាសាជប៉ុន | |

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើ អ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើ ពី តំបន់ទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

- ☐ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំៗ ☐ សំលេង CD ☐ ទិន្នន័យ CD

សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើ អ្នកត្រូវការព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើការចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។

អ្នកនឹងទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីគម្រោងដែលអ្នកត្រូវការជាច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ យើងនឹងធ្វើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មី (ឧទាហរណ៍៖ ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ) អាចរកបានតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ចេប៊ុត ឬទូរស័ព្ទចល័ត។

☐ ជំនួសឱ្យការចែកចាយដោយមិនប្រើក្រដាសស្នាម យើងនឹងធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ មកឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលបានតម្រូវ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។

ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមប្រៃសណីយ៍ជាមួយរាល់ខែ។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបង់ អ្នកនឹង ទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់បន្ទាប់របស់អ្នកដែលត្រូវបង់ ឬអ្នក ក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្ររបបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្ម ករណីរ៉ែដែកចូលនិវត្តន៍) របស់អ្នកជាមួយរាល់ខែ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី ជម្រើសបង់ប្រាក់របស់អ្នក សូមចូលមើល ឬយើងខ្ញុំតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicarewaystopay ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

☐ ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ពី មូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ ពី របបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ Railroad Retirement Board (RRB)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំខែពី៖ ☐ របបសន្តិសុខសង្គម ☐ RRB

(ការកាត់កងរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនជាងនេះដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់កងលើកដំបូងពី ការមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍នៃ Railroad Retirement Board/សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនឹង ងួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ពី កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ចំណុចនៃការកាត់កងចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រក្រដាសទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានវាយតម្លៃចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីរដូវបាលរបបសន្តិសុខសង្គម។ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះ 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 រួមទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាប្រចាំខែ ការកាត់កងប្រចាំឆ្នាំ និងការធានារ៉ាប់រងរួម។ លើសពីនេះ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនទទួលបានការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតនោះទេ។ មនុស្សជាច្រើនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសន្សំសំចៃទាំងនេះ ហើយមិនដឹងថាមានក៏ដោយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី Extra Help នេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គម ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខសង្គម 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 គាត់អាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃដោយផ្អែកលើការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ការបញ្ចេញព័ត៌មាន៖ តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោងសុខភាព Medicare នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare និងគម្រោងផ្សេងទៀតតាមភាពចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលការបង់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ផងដែរថា គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងទិន្នន័យព្រឹត្តិការណ៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទៅកាន់ Medicare ដែលអាចបញ្ចេញព័ត៌មាននោះសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងគោលបំណងផ្សេងទៀត ដែលអនុវត្តតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់។ ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។ ខ្ញុំយល់ថា អ្នកដែលមាន Medicare មិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ទេ ខណៈពេលនៅក្រៅប្រទេសលើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានម្រិតនៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។

ខ្ញុំយល់ថា ចាប់ផ្តើមពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan លើកលែងតែសេវាក្នុងភ័ព្វអាសន្ន ឬដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬសេវាលាងលាមកនៅក្រៅតំបន់។ សេវាដែលបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងសេវាផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងឯកសារ Evidence of Coverage (EOC, ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាត ទាំង **MEDICARE** និង **គម្រោង BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN** នឹងមិនបង់ថ្លៃលើសេវាទាំងនោះទេ។

គម្រោងនេះរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) ដែលហៅថា អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និង កសិផល។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែមានជំងឺរយៈពេលវែងជាក់លាក់មួយដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ Blue Shield នឹងស្វែងយល់ថា តើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផលឬអត់នោះ ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំដើម្បីសុំសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋដែលខ្ញុំរស់នៅ) នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសាររបស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖ 1) បុគ្គលនេះទទួលបានការអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង 2) ឯកសារអំពីការអនុញ្ញាតនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំពី Medicare។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖
------------------	--

ប្រសិនបើ អ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើ ទំព័រមុន ហើយផ្តល់ ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖
ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋាន៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរសព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ

បំពេញទម្រង់បែបបទផ្នែកនេះ ប្រសិនបើ អ្នកជាបុគ្គលម្នាក់ (ដូចជា ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សានៃកម្មវិធី State Health Insurance Program (SHIP, កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ) ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____

ព័ត៌មានអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

***ចង្អុលបង្ហាញផ្នែកដែលត្រូវការ។**

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖

ID ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង*៖

ឈ្មោះរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ*៖

បុគ្គល NPN របស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ*៖

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

កាលបរិច្ឆេទរបស់ពាក្យស្នើសុំដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត៖

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីគោលការណ៍ណែនាំការទំនាក់ទំនង និងទីផ្សារ និងច្បាប់ចុះឈ្មោះរបស់ CMS Medicare ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឧបករណ៍ចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថាការចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare នេះក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុលោមតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

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