



**ទម្រង់ពាក្យបដិសេធនៃ Blue Shield of California Medicare Advantage**

សមាជិក ក្រុមគ្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage បច្ចុប្បន្នអាចប្រើ ទម្រង់ពាក្យចុះឈ្មោះខ្លី នេះ ដើម្បីចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ដែលផ្តល់ជូនដោយ Blue Shield of California។

សូមធ្វើទូរសារ ឬធ្វើទម្រង់ពាក្យចុះឈ្មោះដែលបានបំពេញហើយ យរបស់អ្នកទៅ៖  
ទូរសារ៖ (877) 251-3660

ផ្ញើ តាមប្រៃសណីយ៍ ៖ Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

បច្ចុប្បន្ននេះ ខ្ញុំគឺ ជាសមាជិក របស់គម្រោង \_\_\_\_\_ នៅក្នុង \_\_\_\_\_  
ដោយមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែចំនួន \$ \_\_\_\_\_ ។

ជ្រើសរើស គម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)**

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

ខ្ញុំយល់ថា គម្រោងនេះមានអត្ថប្រយោជន៍ ផ្នែកសុខភាពខុសៗគ្នា ហើយអាចមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ ដូចដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ ។

**លេខសមាជិក៖**

នាមត្រកូល៖	នាមខ្ញុំល្អន៖	អក្សរកាត់ឈ្មោះ កណ្តុដាល (ជាជម្រើស)៖
ឈ្មោះលេខទូរសព្ទ ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទលើតុ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ	

អាសយដ្ឋានផ្ទះល្អបំផុតរបស់អ្នក (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
-------	------	-------------

អាសយដ្ឋានផ្ទះល្អបំផុតរបស់អ្នក (ប្រើប្រាស់សម្រាប់ប្រើប្រាស់ប្រើប្រាស់ប្រើប្រាស់)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
-------	------	-------------

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យទំនើបបំប៉ង (PCP) ដែលមានជម្រើស ឬគ្រូពេទ្យ (HMO តម្កល់ឈ្មោះ)៖

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានគេបដិសេធមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញសំណួរទាំងនោះទេ។

តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអស្បៀង ភាសាស្រី ឬ មានភាសាដើមអស្បៀងណាមួយទៀត? ជម្រើសទាំងអស់ ដលៃអនុវត្តបាន។

- ទេមិនមែនជាអ្នកនិយាយភាសាអស្បៀង ឬ ភាសាដើមអស្បៀង
- បាទ/ចាស ជនជាតិ ព័រតូរីកូ
- បាទ/ចាស ជាអ្នកនិយាយភាសាអស្បៀង ឬ ផ្សេងទៀត ភាសាដើមអស្បៀង
- ខ្ញុំជម្រើសមិនឆ្លើយ។
- បាទ/ចាស ជនជាតិ មិកស៊ិក ជនជាតិ មិកស៊ិក-អាមេរិក ជនជាតិ ឈីកាណូ
- បាទ/ចាស ជនជាតិ គុយបា

តើអ្នកជាពូជសាសន៍អ្វី? ជម្រើសទាំងអស់ដលៃអនុវត្តបាន។

- ជនជាតិ ដើមអាមេរិក ឬជនជាតិ ដើមអាឡាស្កា អាស៊ី៖
  - ជនជាតិ ឥណ្ឌាក្នុងតំបន់អាស៊ី
  - ជនជាតិ ចិន
  - ជនជាតិ ហ្វីលីពីន
  - ជនជាតិ ជប៉ុន
  - ជនជាតិ កូរ៉េ
  - ជនជាតិ វៀតណាម
  - ជនជាតិ អាស៊ី ផ្សេងទៀត
- ជនជាតិ អាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ជនជាតិ ដើមហាវ៉ៃ និងកោះប៉ាស៊ីហ្វិក៖
  - ហ្គាម៉ានី បូចាម៉ូរី
  - ជនជាតិ ដើមហាវ៉ៃ
  - សាម៉ូរ
  - អ្នករស់នៅលើកោះក្នុងមហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត
- ជនជាតិ ស្បែកស
- ខ្ញុំជម្រើសមិនឆ្លើយ។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ ពី ត៍ មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពី ភាសាអង់គ្លេស។

- អាវ៉ាប់
- អាមេនី
- ខ្មែរ
- ចិន (សាមញ្ញ)
- ចិន (បុរាណ)
- ហ្វាស៊ី
- កូរ៉េ
- រុស្ស៊ី
- អេស្បៀង
- តាហ្គាឡុក
- វៀតណាម

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ ពី ត៍ មានឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចយល់បាន។

- អក្សរស្នាមសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
- ពុម្ពអក្សរធំ
- CD អូឌីយ៉ូ

សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន D-SNP តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពី ត៍ មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចយល់បានក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ ការិយាល័យរបស់យើងធ្វើការពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 ល្ងាច ប្រាំថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

**លេខទូរស័ព្ទជំនះ**

**អាសយដ្ឋានអ៊ីមលែរ**

ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមលែររបស់អ្នកខាងលើនឹងចុះឈ្មោះអ្នកជាយស្តីយប្រវត្តិទៅក្នុងការចែកចាយឯកសារដោយមិនបំប្រែជាសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។

អ្នកនឹងទទួលបានការទំនាក់ទំនងតាមការតម្រូវរបស់អ្នកជាច្រើន គម្រោងដែលបានផ្តល់ឱ្យតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច។ យើងនឹងផ្ញើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលមានការទំនាក់ទំនងថ្មី (ឧទាហរណ៍៖ ការពិន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ) ដែលមាននៅលើអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលប្រើការទំនាក់ទំនងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ម៉ូប៊ីល ឬទូរសព្ទចល័ត។

ជំនួសឱ្យការចែកចាយឯកសារដោយមិនប្រើក្រដាស យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងបោះពុម្ពចំពោះឯកសារដែលត្រូវការប៉ុណ្ណោះ។ សូមចំណាំថា សារទំនាក់ទំនងមួយចំនួនមានទំហំធំណាស់ ហើយប្រហែលជាមិនសម្រាប់ប្រើប្រាស់បុគ្គលិកទាំងអស់នោះទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការចែកចាយឯកសារបានគ្រប់ពេលវេលា។

## ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើ ការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់បច្ចុប្បន្ន) តាមប្រៃសណីយ៍ ជាដំបូងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើ គម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវ បង់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទជាពេលដែលការទូទាត់បន្ទាប់ របស់អ្នកត្រូវធ្វើឡើង ឬអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ពី អត្ថប្រយោជន៍ របស់របបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែក ចូលនិវត្តន៍) របស់អ្នកជាដំបូងរាល់ខែ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី ជម្រើសនៃការទូទាត់របស់អ្នក សូមចូលមើល ឈើ ឯខ្ញុំតាមរយៈគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicarewaystopay](http://blueshieldca.com/medicarewaystopay) ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន D-SNP តាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

- ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ពី មូលប្បទានបត្រសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board (RRB) ប្រចាំខែរបស់អ្នក។  
 ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំខែពី៖  របបសន្តិសុខសង្គម  RRB

(ការកាត់កងពី របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនខែ ដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើ របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ចេញជាលើកដំបូងពី មូលប្បទានបត្រសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ របស់របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board របស់អ្នកនឹង រួមបញ្ចូលថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់គិតចាប់ពី កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពរបស់ អ្នករហូតដល់ចំនួនកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើ របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិន យល់ព្រមលើ សំណើ របស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ទេនោះ យើងនឹងធ្វើក្រដាសវិក្កយបត្រ សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកដល់អ្នក។)

**ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគម្រោងវាយតម្លៃថ្មី ចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវ រូបរាងខ្លះដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្ទះកែ D អ្នកនឹងមានដំណឹងពីរបបរបបសន្តិសុខសង្គម។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីព្រាងការបង់ប្រាក់បន្តចម្រើននេះ បន្តចម្រើនថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់អ្នក។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះនឹងត្រូវវាយកាត់ពីមូលប្បទានបត្រ អត្ថប្រយោជន៍របបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬមិនដូចនេះទេ Medicare ឬក៏រួម Railroad Retirement Board គិតថ្លៃពីអ្នកដោយផ្ទាល់។**

**កុំបង់ Blue Shield of California ជូនកែ D-IRMAA។**

អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ដើម្បីទូទាត់ ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើ អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ Medicare អាចបង់ថ្លៃ 75% ឬច្រើនជាងនេះនៃថ្លៃចំណាយលើ ឱសថ រួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាប្រចាំខែ ប្រាក់ កាត់កង និងការធានារ៉ាប់រងរួមប្រចាំឆ្នាំ។ លើសពីនេះ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់នឹងមិនមាន ចន្លោះការរ៉ាប់រង ឬការពិន័យលើ ការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវនោះទេ។ មនុស្សជាច្រើនមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ការសន្សំថវិកាទាំងនេះ ហើយពួកគេមិនសូម្បីតែដឹងអំពី រឿងនេះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី កម្មវិធី ជំនួយបន្ថែមនេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំតំបន់របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខ សង្គមតាមរយៈលេខ (800) 772-1213។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ (800) 325-0778។ អ្នកក៏អាច ដាក់ពាក្យសុំជំនួយបន្ថែម តាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)។

ប្រសិនបើ អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមជាមួយនឹងថ្លៃចំណាយចំពោះការធានារ៉ាប់រង លើ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នោះ Medicare នឹងធានារ៉ាប់រងលើ ផ្នែកមួយចំនួន ឬទាំងអស់នៃថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare បង់តែមួយចំណែកនៃថ្លៃធានារ៉ាប់រងនេះ យើងនឹង ចេញវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ពី អ្នកសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Medicare មិនធានារ៉ាប់រង។

## សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម

Blue Shield of California គឺ ជាគម្រោងដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើ ខ្ញុំកំពុងទទួលបានជំនួយពី ភ្នាក់ងារលក់ ឈ្មួញកណ្តាល ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលជួល ឬចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield of California គាត់អាចនឹងទទួលបានប្រាក់ដោយផ្អែកលើ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង Blue Shield of California។

**ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន៖** ដោយការចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare នេះខ្ញុំសូមទទួលស្គាល់ថាគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare នឹងចេញផ្សាយព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅឱ្យ Medicare និងគម្រោងដទៃទៀតដែលចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល ការចំណាយនិងប្រតិបត្តិ ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ផងដែរថា Blue Shield of California នឹងបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ រួមទាំងទិន្នន័យព្រឹត្តិការណ៍ទាក់ទងនឹងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទៅឱ្យ Medicare ដែលអាចបញ្ជូនព័ត៌មានសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងគោលបំណងផ្សេងទៀត ដោយអនុវត្តតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទបញ្ញត្តិ សហព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។ ព័ត៌មាននៅលើ ទម្រង់ពាក្យចុះឈ្មោះនេះមានភាពត្រឹមត្រូវទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើ ខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា លើ ទម្រង់ពាក្យនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវគេលុបឈ្មោះចេញពី គម្រោង។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកដែលមាន Medicare មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ទេពេលនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។

ខ្ញុំយល់ថា ចាប់ផ្តើមពី កាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងពី Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំពី Blue Shield of California លើកលែងតែសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ដែលបន្ទាន់ ឬសេវាលាងលាមនៅក្រៅតំបន់។

សេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Blue Shield of California នឹងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងឯកសារ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ Blue Shield of California របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកជាសេវា) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ បើ គ្មានការអនុញ្ញាត **MEDICARE** ឬ **BLUE SHIELD OF CALIFORNIA** និងមិនបង់ថ្លៃសេវាកម្មនោះទេ។

ខ្ញុំយល់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមរបស់ខ្ញុំ ក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដែលខ្ញុំរស់នៅ) នៅលើ ទម្រង់ពាក្យនេះបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពី ខ្លឹមសារនៃទម្រង់ពាក្យនេះ។ ប្រសិនបើ បានចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គល ដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖ 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បី បំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះនេះ ហើយ 2) ឯកសារដែលផ្តល់សិទ្ធិ អំណាចនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំពី Medicare។

<b>ហត្ថលេខា៖</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទចុងនៃ៖ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖</b>
------------------	---

ប្រសិនបើ អ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើ ទំព័រ រមួន និងផ្តល់ ព័ត៌មានខាងក្រោម៖  
ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋាន៖

ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ លេខកូដតំបន់ \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

**ព័ត៌មានអនុកម្មកម្មវិធី** ឈ្មោះអ្នកបង្កើត និងលេខសម្គាល់ ឬ National Producer Number (NPN, លេខអ្នកបង្កើតជាតិ) **គិតម្សៅឱ្យយ៉ាងហោចណាស់។**

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ៖ \_\_\_\_\_  
(សូមសរសេរឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំងជាអក្សរធំ)

លេខសម្គាល់ទីភ្នាក់ងារ៖ \_\_\_\_\_  
(សូមសរសេរលេខសម្គាល់ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារ)

ឈ្មោះអ្នកបង្កើត (ឈ្មោះភ្នាក់ងារជាអក្សរធំ) (តម្រូវ)៖ \_\_\_\_\_  
(សូមសរសេរឈ្មោះភ្នាក់ងារជាអក្សរធំ)

លេខសម្គាល់អ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_  
(សូមសរសេរលេខសម្គាល់ពន្ធរបស់ភ្នាក់ងារ)

NPN ឬ Tax Identification Number (TIN, លេខសម្គាល់ពន្ធ) របស់អ្នកបង្កើត (ភ្នាក់ងារដែលសរសេរ) (ត្រូវការមួយ)៖ \_\_\_\_\_  
(សូមសរសេរលេខ NPN ឬ TIN)

លេខទូរសព្ទអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលពាក្យសុំដោយអ្នកផលិត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីគោលការណ៍ណែនាំអំពីទីផ្សារ និងការទំនាក់ទំនងរបស់ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Medicare និង Medicaid) Medicare និងបទប្បញ្ញត្តិនៃការចុះឈ្មោះ ហើយបញ្ជាក់ថាអ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឯកសារចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថា ការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាន Medicare នេះ ក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុវត្តតាមបទប្បញ្ញត្តិទាំងនេះ។

Blue Shield of California គឺ ជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា)។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើ ការបន្តកិច្ចសន្យា។