

NaviCare® HMO SNP

រក្សាទុកទម្រង់បែបបទទូទាត់សងកាត

Save Now

**តើអ្នកភ្លេចប្រើកាត Save Now របស់អ្នក
នៅពេលបង់ប្រាក់សម្រាប់មុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិរបស់អ្នក?**

តើកាត Save Now របស់ខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ?

ត្រឹមតាមប្រតិទិននីមួយៗ យើងនឹងបញ្ចូល \$375* ទៅក្នុងកាត Save Now របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចទិញថ្នាំជ្រាប/អាឡេស៊ី ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ថ្នាំដុសធ្មេញ សាប៊ូកំសក់ និងអ្វីៗជាច្រើនទៀត។ អ្នកនឹងទទួលបានហត្ថលេខាដល់ \$1,500 ក្នុងអំឡុងឆ្នាំ ដើម្បីប្រើប្រាស់នៅហាងដូចជា CVS Pharmacy, Walgreens និង Target។ អ្នកក៏អាចបញ្ជាទិញទំនិញតាមរយៈ Medline—តាមទូរសព្ទ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត ជាមួយនឹងការដកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដោយឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ រៀងរាល់ត្រីមាសតាមប្រតិទិន ទឹកប្រាក់ \$200** ក្នុងកាត Save Now របស់អ្នកត្រូវបានបម្រុងទុកសម្រាប់អាហារដែលល្អសុខភាព និង \$175 សម្រាប់អ្នកដើម្បីទិញទំនិញសុខភាព និងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទង Fallon Health។

តើខ្ញុំត្រូវប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់មុខទំនិញណាមួយដែលធានារ៉ាប់រងដោយកាត Save Now របស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនបានប្រើកាត Save Now របស់អ្នកដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់មុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិ សូមចំណាំថា ការទូទាត់សងនឹងត្រូវបានកាត់ចេញពីសមតុល្យ Save Now របស់អ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានសំណងរបស់ខ្ញុំដោយវិធីណា?

- បំពេញទម្រង់បែបបទនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃខិត្តប័ណ្ណ រួចប្រគល់វាមកយើងវិញ។
- បញ្ជូនបង្កាន់ដៃដើម និងច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ធនាគារ/កាតឥណទានដែលបានចុះកាលបរិច្ឆេទ ដែលបង្ហាញពីការគិតថ្លៃសម្រាប់មុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិរបស់អ្នកមុនថ្ងៃទី 31 ខែមីនា នៃឆ្នាំបន្ទាប់សម្រាប់ការចំណាយដែលកើតឡើងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ។

យើងទទួលយកបង្កាន់ដៃ និងសំណើជាច្រើននៅលើទម្រង់បែបបទ 1 ដូច្នេះអ្នកអាចទទួលបានសំណងទាំងអស់ក្នុងពេលតែមួយ!

សំណងអាស្រ័យលើការអនុញ្ញាតពី Fallon Health។ សូមទុកពេល 4-6 សប្តាហ៍ចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានទម្រង់បែបបទរួចរាល់សម្រាប់ការទូទាត់។

ត្រូវការទម្រង់បែបបទនេះច្រើនច្បាប់បន្ថែមទៀតដែរឬទេ?

ចូលមើលគេហទំព័រ fallonhealth.org/navicare ហើយចុចលើ "Plan documents and forms" (ឯកសារឯកសារ និងទម្រង់បែបបទ) នៅក្រោម "Member resources" (ធនធានសមាជិក)។

1-877-700-6996 (TRS 711)

ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ (7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា)
fallonhealth.org/navicare

ចប់ >

* \$375 ត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងកាត Save Now រៀងរាល់ត្រីមាស - ខែមករា ខែមេសា ខែកក្កដា និងខែតុលា។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់នៅលើបណ្ណ ផុតកំណត់នៅចុងត្រីមាសនីមួយៗ។ ប្រាក់នេះមិនអាចលើកទៅប្រើក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់នោះទេ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំគឺផ្អែកលើសមាជិកភាពគម្រោងប្រចាំឆ្នាំ ដែលមាន 12 ខែតាមប្រតិទិន។

អត្ថប្រយោជន៍អាហារ \$200 (ក្នុងមួយត្រីមាសតាមប្រតិទិន) គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកចុះឈ្មោះត្រូវតែមានរោគវិនិច្ឆ័យស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានជាឯកសារជាមួយ Fallon Health ដូចជាជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ស្ថានភាពសុខភាពអាក្បក្រវិញ្ញាណរ៉ាំរ៉ៃនិងពិការភាព ជំងឺសត្វរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺសរសៃប្រសាទ។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនៃលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទេ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់ដែលមានលក្ខខណ្ឌគ្រប់សិទ្ធិទទួលបាន នឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន និងការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតត្រូវប្រើផងដែរ។

ទម្រង់បែបបទផ្តល់ប្រាក់សំណងនៃកាត NaviCare® Save Now

ប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីស្នើសុំសំណងសម្រាប់ទំនិញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

វិធីទទួលសំណង៖

1. ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់ទៅ៖
Fallon Health
P.O. Box 211308, Eagan, MN
55121-2908

2. ធ្វើទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់តាមអ៊ីម៉ែលទៅ៖
reimbursements@fallonhealth.org

ព័ត៌មានអំពីសមាជិក		
ឈ្មោះ៖	លេខទូរស័ព្ទ៖ ()	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់ NaviCare ៖	
ព័ត៌មានអំពីអ្នកស្នើសុំ		
តើទម្រង់នេះត្រូវបានបំពេញដោយបុគ្គលិក Fallon Health ក្នុងនាមសមាជិកឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
តើអ្នកស្នើសុំជាអ្នកផ្សេងក្រៅពីសមាជិកឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំសំណង៖		
ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖	☐ AOR ☐ POA	
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកស្នើសុំ៖	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកស្នើសុំ៖	
តើសមាជិកបានយល់ព្រមថា មូលប្បទានបត្រសំណងត្រូវបានចេញឱ្យអ្នកស្នើសុំដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ព័ត៌មានអំពីការទិញ		
ហាងលក់រាយ ដែលបានទិញ៖		
ទីក្រុង/រដ្ឋរបស់ហាងលក់រាយ៖		
កាលបរិច្ឆេទនៃការទិញ៖	គិតប្រាក់	ចំនួន បានបង់
ការពិពណ៌នាទំនិញដែលបានទិញ៖		
ការបញ្ជាក់ដោយលិខិត និងការអនុញ្ញាត		

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានខាងលើមានភាពត្រឹមត្រូវទៅតាមការយល់ដឹងអស់ពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ។
ខ្ញុំនឹងធ្វើការទាមទារការចេញសងសម្រាប់តែការចំណាយដែលមានសិទ្ធិក្នុងអំឡុងឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍ដែលពាក់ព័ន្ធ និង
សម្រាប់តែសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានប៉ុណ្ណោះ។

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬតំណាង៖

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

