

نموذج طلب المشاركة في خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare

خطة دفع الوصفات الطبية Medicare خيار دفع طوعي يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك على إدارة تكاليف الأدوية الخاصة بك في الجزء D من Medicare من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر). قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، ولكنه لا يوفر لك المال أو يخفف تكاليف الأدوية. قد لا يكون خيار الدفع هذا هو الخيار الأفضل لك إذا تلقيت مساعدة على دفع تكاليف أدويةك الموصوفة من خلال برامج مثل المساعدة الإضافية من Medicare أو برنامج مساعدة الأدوية الحكومية (SPAP). اتصل بخطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

أكمل جميع الحقول ما لم يتم وضع علامة اختياري عليها

الاسم الأول _____ الاسم الأخير _____
الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختياري) _____

رقم خطة Medicare (____ - ____ - ____)

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) _____
رقم الهاتف (____) _____

عنوان الإقامة الدائمة (لا تدخل صندوق بريد إلا إذا كنت بلا مأوى)

المدينة _____ المقاطعة (اختياري) _____
الولاية _____ الرمز البريدي _____

عنوان البريد، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بصندوق البريد)

المدينة _____ الولاية _____
الرمز البريدي _____

أرغب في المشاركة خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare

السنة الحالية

سنة الخطة القادمة

اقرأ ووقع أدناه:

- أفهم أن هذا النموذج عبارة عن طلب للمشاركة في خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare. ستتواصل معي خطط Providence Medicare Advantage إذا احتاجت إلى مزيد من المعلومات.
- أفهم أن التوقيع على هذا النموذج يعني أنني قرأت النموذج وفهمته..
- سترسل لي خطط **Providence Medicare Advantage** إشعارًا إعلامي عندما تصبح مشاركتي في خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare نشطة. حتى ذلك الحين، أفهم أنني لست مشاركًا في خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare.
- أفهم أنني إذا بقيت في خطة الأدوية أو الخطة الصحية نفسها، فستجدد خطط Providence Medicare Advantage مشاركتي في خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare في بداية كل سنة تقويمية، ما لم أتواصل مع خطط Providence Medicare Advantage للانسحاب.

____/____/____
تاريخ اليوم

التوقيع

إذا كنت تكمل هذا النموذج نيابةً عن شخص آخر، فأكمل القسم أدناه. يشهد توقيعك على أنك مخول بموجب قانون الولاية بملء نموذج المشاركة هذا والحصول على وثائق هذه السلطة إذا طلبها برنامج Medicare.

العنوان (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي):

الاسم

رقم الهاتف () -
العلاقة بالمشارك

كيفية إرسال هذا النموذج:

أرسل النموذج المكتمل إلى:

Capital Rx
إلى عناية: M3P Elections
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234
بيفورتون، أوريغون، 97008

يمكنك أيضًا إرسال طلبات الاختيار عبر البريد الإلكتروني إلى: M3P-Election@cap-rx.com

يمكنك أيضًا استكمال طلب المشاركة عبر الإنترنت على:

www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P، أو الاتصال بنا على الرقم **1-855-742-2779** (الهاتف النصي: **711 (TTY)**) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لتقديم طلبك عبر الهاتف.

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة على استكمال هذا النموذج، اتصل بنا على **1-855-742-2779**، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.