

## Mẫu đơn yêu cầu tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare

Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare là tùy chọn thanh toán tự nguyện phù hợp với khoản đài thọ thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí thuốc Medicare Phần D tự trả của quý vị bằng cách phân bổ các chi phí này trong suốt năm dương lịch (tháng 1 đến tháng 12). **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí, nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hoặc giảm chi phí thuốc.** Tùy chọn thanh toán này có thể không phải là lựa chọn tốt nhất cho quý vị nếu quý vị nhận được trợ giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thông qua các chương trình như chương trình Trợ Giúp Phụ Trội từ Medicare hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Hãy liên hệ với chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

### Hoàn thành tất cả các trường trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc

Tên \_\_\_\_\_ Họ \_\_\_\_\_ Tên Đệm Viết Tắt (Không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Số Medicare ( \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_  
Ngày Sinh (ngày/tháng/năm) Số Điện Thoại

Địa Chỉ Đường Phố Thường Trú (Không nhập Hộp Thư Bưu Điện trừ khi quý vị đang bị vô gia cư)

Thành Phố \_\_\_\_\_ Quận (Không Bắt Buộc) \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (Hộp Thư Bưu Điện được cho phép)

Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

Tôi muốn tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare cho:

Năm Hiện Tại

Năm Chương Trình Sắp Tới

## Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi hiểu rằng mẫu đơn này là yêu cầu tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare. Providence Medicare Advantage Plans sẽ liên hệ với tôi nếu cần thêm thông tin.
- Tôi hiểu rằng việc ký tên vào mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn.
- **Providence Medicare Advantage Plans sẽ gửi cho tôi thông báo để cho tôi biết khi nào việc tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare của tôi có hiệu lực.** Cho đến lúc đó, tôi hiểu rằng tôi không phải là người tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi tiếp tục tham gia cùng một chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc, Providence Medicare Advantage Plans sẽ tự động gia hạn việc tham gia của tôi vào Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare vào đầu mỗi năm dương lịch, trừ khi tôi liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans để từ chối tham gia.

\_\_\_\_\_

**Chữ Ký**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hôm Nay, Ngày**

Nếu quý vị hoàn thành mẫu đơn này cho người khác, hãy hoàn thành phần bên dưới. Chữ ký của quý vị chứng nhận rằng quý vị được luật pháp Tiểu Bang cho phép điền vào mẫu đơn tham gia này và sẵn có tài liệu chứng minh thẩm quyền này nếu Medicare yêu cầu.

\_\_\_\_\_

Tên

\_\_\_\_\_

Địa Chỉ (Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang, mã ZIP):

( ) -

\_\_\_\_\_

Số Điện Thoại

\_\_\_\_\_

Mối quan hệ với người tham gia

## Cách gửi mẫu đơn này:

Gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị đến:

Capital Rx  
Attn: M3P Elections  
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234  
Beaverton, Oregon 97008-7105

Quý vị cũng có thể gửi yêu cầu lựa chọn qua email đến: [M3P-Election@cap-rx.com](mailto:M3P-Election@cap-rx.com)

Quý vị cũng có thể hoàn thành yêu cầu tham gia trên Cổng Thông Tin Trực Tuyến của Capital Rx: [www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P), hoặc gọi cho chúng tôi theo số **1-855-742-2779 (TTY: 711)** 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, để gửi yêu cầu của quý vị qua điện thoại.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-855-742-2779**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi 711.