

## Biểu Mẫu Yêu Cầu Tham Gia Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare

Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare là một tùy chọn thanh toán tự nguyện phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị để giúp quý vị quản lý chi phí tự trả cho thuốc Medicare Phần D bằng cách phân bổ trong suốt năm dương lịch (Tháng 1 – Tháng 12). **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi tiêu của mình, 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 Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) từ Medicare hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP). Hãy gọi đến công ty bảo hiểm của quý vị để biết thêm thông tin.

### Điền vào tất cả các phần trống trừ khi được đánh dấu là tùy chọn

TÊN:	HỌ:	Viết tắt TÊN ĐỆM (tùy chọn):
Mã số Medicare:	Ngày sinh: (THÁNG/NGÀY/NĂM):	Số điện thoại:

Địa chỉ đường phố nơi thường trú (không nhập P.O. Box trừ khi quý vị đang trong tình trạng vô gia cư):

Thành phố:	Quận (tùy chọn):	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------------	------------	---------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép sử dụng P.O. Box):

Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
----------	------------	------------	---------

### Đọc và ký tên dưới đây

- Tôi hiểu rằng biểu mẫu này là để yêu cầu tham gia Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare. Clever Care Health Plan sẽ liên lạc với tôi nếu họ cần thêm thông tin.
- Tôi hiểu rằng việc ký tên dưới đây có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu biểu mẫu này, các điều khoản cũng như điều kiện kèm theo.
- Clever Care Health Plan sẽ gửi cho tôi thông báo để cho tôi biết khi nào quá trình tham gia Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa Medicare của tôi có hiệu lực.** Cho đến lúc đó, tôi hiểu rằng tôi không phải là người tham gia vào Kế Hoạch Thanh Toán Thuốc Theo Toa của Medicare.

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

Nếu quý vị đang hoàn thành biểu mẫu này giúp người khác, hãy hoàn thành phần bên dưới. Chữ ký của quý vị chứng nhận rằng quý vị được luật Tiểu Bang cho phép điền vào biểu mẫu tham gia này và có sẵn tài liệu chứng minh rằng quý vị có quyền thay mặt cho họ 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:

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để hoàn thành biểu mẫu này, hãy gọi cho chúng tôi theo số (833) 808-8163 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3; và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.