



Advantage D-SNP

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

Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare là một hình thức thanh toán phù hợp với phạm vi bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị, giúp quý vị quản lý chi phí tự trả của mình cho các loại thuốc được chương trình của chúng tôi đài thọ bằng cách phân bổ theo các mốc thời gian trong năm dương lịch (từ tháng 1-tháng 12). **Hình thức thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí của mình, nhưng không giúp tiết kiệm hoặc giảm chi phí thuốc.**

Hình thức 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 của mình thông qua các chương trình như Trợ Giúp Thêm từ Medicare hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm Tiểu Bang (SPAP). Hãy gọi cho chương trình của quý vị để được cung cấp thêm thông tin.

Vui lòng hoàn thành đầy đủ các thông tin sau trừ những phần được đánh dấu là không bắt buộc

HỌ: _____ TÊN: _____

CHỮ CÁI ĐẦU TÊN ĐỆM (không bắt buộc): _____

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Mã Số Hội Viên Chương Trình Sức Khỏe: _____

Ngày sinh (tháng/ngày/năm): _____ Số điện thoại: _____
(____/____/____) (____)

Địa chỉ thường trú (không nhập địa chỉ Hộp Thư trừ khi quý vị là người vô gia cư): _____

Thành Phố: _____ Quận (không bắt buộc): _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (có thể dùng địa chỉ Hộp Thư): _____

Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____

Đọc và ký tên bên dưới

- Tôi hiểu rằng để tham gia vào Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare, tôi cần phải hoàn thành đơn này. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) sẽ liên hệ với tôi nếu cần thêm thông tin.
- Tôi hiểu rằng việc ký vào đơn này cũng đồng nghĩa là tôi đã đọc và hiểu rõ đơn cũng như các điều khoản và điều kiện đi kèm.
- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP **sẽ gửi cho tôi một**

thông báo về thời điểm tôi chính thức được tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare. Cho đến thời điểm đó, tôi hiểu rằng tôi chưa phải là người tham gia của Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare.

Chữ Ký:

Ngày:

Nếu quý vị được uỷ quyền để điền đơn này, hãy hoàn thành phần bên dưới. Chữ ký của quý vị xác nhận rằng quý vị được luật tiểu bang cho phép để điền vào đơn tham gia này và có thể cung cấp giấy tờ uỷ quyền nếu Medicare yêu cầu.

Tên:

Địa Chỉ (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện):

Số điện thoại:

()

Mối quan hệ với người tham gia:

Phương thức nộp biểu mẫu này

Gửi biểu mẫu quý vị đã hoàn thành đầy đủ tới:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP
Attention: M3P Enrollment
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

Fax: 1-209-762-4704

Quý vị cũng có thể hoàn thành đơn yêu cầu tham gia bằng phương thức trực tuyến tại www.hpsj-mvhp.org, hoặc gửi yêu cầu qua điện thoại theo số 1-888-361-7526.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp để hoàn thành đơn này, hãy gọi cho chúng tôi theo số điện thoại 1-888-361-7526, trong khoảng từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và thứ Hai đến thứ Sáu từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Người dùng TTY xin hãy gọi số 711.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP là một chương trình thuộc loại Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe (HMO) có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh tham gia Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP còn tùy thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng.

Điều Khoản và Điều Kiện

1. Tôi hiểu rằng tôi không phải trả bất cứ chi phí nào khi mua thuốc tại nhà thuốc và chương trình của tôi sẽ gửi hoá đơn tiền thuốc được đài thọ hàng tháng cho tôi. Tôi hiểu rằng Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare (sau đây gọi là Chương Trình) chỉ áp dụng cho các loại thuốc Medicare Phần D được đài thọ.
2. Tôi hiểu rằng với tư cách là người tham gia hình thức thanh toán tự nguyện này, tôi sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng cho số tiền tôi cần phải trả cho các đơn thuốc đã mua. Tôi hiểu rằng ngày ghi trên hóa đơn hàng tháng sẽ là hạn thanh toán.
3. Tôi hiểu rằng khoản thanh toán hàng tháng của tôi có thể thay đổi vì các khoản chi phí tự trả mới sẽ được cộng vào khoản thanh toán hàng tháng khi tôi mua một đơn thuốc mới hoặc bổ sung thêm đơn thuốc hiện có.
4. Tôi hiểu rằng khi đã tham gia Chương Trình nghĩa là tôi sẽ chấp thuận khoản chi phí tự trả tối đa hàng năm của Medicare Phần D đối với các loại thuốc Medicare Phần D được đài thọ. Tôi hiểu rằng hóa đơn hàng tháng của tôi được tính dựa trên số tiền tôi phải trả cho mọi đơn thuốc, cộng với số tiền chưa được thanh toán của tháng trước đó và chia cho số tháng còn lại trong năm.
5. Tôi hiểu rằng tôi sẽ bị loại khỏi Chương Trình (dù không tự nguyện) nếu khoản thanh toán cho các chi phí trên không được nộp vào cuối hạn. Khi thời hạn tham gia Chương Trình kết thúc, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho nhà thuốc đối với tất cả các chi phí thuốc tự trả mới. Tôi hiểu rằng tôi có thể gửi yêu cầu hoặc nộp đơn than phiền đến chương trình của tôi.
6. Tôi hiểu rằng tôi có thể (tự nguyện) rời khỏi Chương Trình bất kỳ lúc nào. Nếu tôi vẫn còn số dư chưa thanh toán, tôi sẽ phải trả khoản tiền đó, kể cả khi tôi không còn tham gia vào hình thức thanh toán này.
7. Tôi hiểu rằng việc rời khỏi Chương Trình, dù không tự nguyện hay tự nguyện, sẽ không ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm Medicare Phần D của tôi với chương trình Phần D của mình.
8. Tôi hiểu rằng dù tôi không tự nguyện hay tự nguyện kết thúc tư cách tham gia của mình, tôi vẫn sẽ nhận được hoá đơn hàng tháng cho các đơn thuốc đã mua trong thời gian tham gia hình thức thanh toán này cho đến khi mọi khoản tiền còn nợ được thanh toán hết. Tôi hiểu rằng tôi có thể thanh toán tất cả số dư cùng một lúc hoặc thanh toán hàng tháng.
9. Nếu quý vị có thu nhập và nguồn lực hạn chế hoặc tình hình tài chính của quý vị đã thay đổi kể từ khi chọn hình thức thanh toán này, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia một chương trình giúp giảm chi phí của mình. Có nhiều người đủ điều kiện nhận các khoản hỗ trợ tiết kiệm này nhưng không biết. Hãy truy cập [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.medicare.gov/basics/costs/help) hoặc liên hệ với Cơ Quan An Sinh Xã Hội tại nơi quý vị sinh sống để tìm hiểu thêm. Tìm Cơ Quan An Sinh Xã Hội tại địa phương của quý vị theo địa chỉ [ssa.gov/locator/](https://www.ssa.gov/locator/).