

خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare نموذج طلب المشاركة

خطة Medicare لسداد تكاليف الأدوية الموصوفة هي خيار دفع طوعي يتكامل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك في إدارة التكاليف الشخصية لأدوية الجزء D من Medicare عن طريق توزيعها على مدار السنة التقويمية (من يناير إلى ديسمبر). قد يساعدك خيار الدفع هذا في إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يخفف تكاليف الأدوية.

قد لا يكون خيار الدفع هذا هو الخيار الأفضل لك إذا حصلت على مساعدة في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من خلال برامج مثل المساعدة الإضافية ("Extra Help") من Medicare أو برنامج المساعدة الصيدلانية الحكومية (SPAP). اتصل بخطتك لمزيد من المعلومات.

أكمل كل الحقول ما لم تتم الإشارة إلى أنها اختيارية

| | | |
|------------|--------------|-------------------------------|
| اسم الأول: | اسم العائلة: | الحرف الأول الأوسط (اختياري): |
|------------|--------------|-------------------------------|

رقم Medicare: _____ - _____ - _____

| | |
|--------------------|---|
| رقم الهاتف: () | تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) (/ /) |
|--------------------|---|

عنوان الشارع لمحل الإقامة الدائمة (لا تدرج رقم الصندوق البريدي إلا إذا كنت تعاني من التشرد):

| | | | |
|----------|---------------------|----------|----------------|
| المدنية: | المقاطعة (اختياري): | الولاية: | الرمز البريدي: |
|----------|---------------------|----------|----------------|

عنوان البريد، إذا كان يختلف عن عنوان الإقامة الدائم لك (مسموح بإدراج رقم الصندوق البريدي):

| | | |
|----------|----------|----------------|
| المدنية: | الولاية: | الرمز البريدي: |
|----------|----------|----------------|

اقرأ وأوقع أدناه

- أتفهم أن هذا النموذج هو طلب للمشاركة في خطة Medicare لسداد تكاليف الأدوية الموصوفة. سيتواصل معي برنامج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إذا احتاجوا إلى مزيد من المعلومات.
- أتفهم أن توقيع هذا النموذج يعني أنني قد قرأت وفهمت هذا النموذج والشروط والأحكام المرفقة.
- سيرسل لي برنامج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إشعارًا إعلامي عندما تصبح مشاركتي في خطة Medicare لسداد تكاليف الأدوية الموصوفة نشطة. وحتى هذا الوقت، أتفهم أنني لا أعد مشاركًا في خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare.

| | |
|----------|----------|
| التوقيع: | التاريخ: |
|----------|----------|

إذا كنت تقوم بإكمال هذا النموذج نيابة عن شخص آخر، فأكمل القسم أدناه. يشهد توقيعك على أنك مخول له بموجب قانون الولاية ملء نموذج المشاركة هذا وتوفير مستندات تثبت هذا التحويل إذا طلب Medicare ذلك.

| | |
|--------|---|
| الاسم: | العنوان (الشارع والولاية والرمز البريدي): |
|--------|---|

| | |
|-------------------|-----------------|
| العلاقة بالمشارك: | رقم الهاتف: () |
|-------------------|-----------------|

كيفية إرسال هذا النموذج

يمكنك أيضا إكمال نموذج طلب المشاركة عبر الإنترنت على الرابط [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp)، أو الاتصال بنا على الرقم **1-855-463-0933 (TTY: 711)** لتقديم طلبك عبر الهاتف.

أرسل النموذج المكتمل إلى:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
Medicare Prescription Payment Plan
P.O. Box 7
Pittsburgh, PA 15230

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج، فاتصل بنا على الرقم **1-855-463-0933**، ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم **711**، من الساعة **8 صباحًا حتى 8 مساءً**، طوال أيام الأسبوع الـ **7**.

شروط وأحكام خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare

خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare هي برنامج تطوعي يسمح لك بتوزيع التكاليف النثرية لأدوية الجزء D المغطاة عبر الأشهر المتبقية من سنة الخطة. لا يؤثر البرنامج على التكلفة الإجمالية للوصفة الطبية. تتم إصدار فاتورة أي أقساط خطة سارية ويجب دفعها بشكل منفصل عن بيان فواتير خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية في Medicare. من خلال الاشتراك في البرنامج، تشير أنت (أو ممثلك المفوض) إلى فهمك لشروط وأحكام خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare. أنت توافق على أن تكون مسؤولاً ماليًا عن جميع المبالغ التي يتم إصدار فاتورة بها بموجب البرنامج. إذا لم تقم بدفع المبالغ المستحقة بموجب البرنامج، سيتم إلغاء اشتراكك من البرنامج، ولن يسمح لك بالاشتراك مرة أخرى حتى يتم سداد المبالغ المستحقة بالكامل. يمكنك اختيار إلغاء الاشتراك في البرنامج في أي وقت؛ ومع ذلك، سيستمر إصدار أي مبالغ مستحقة ويجب دفعها.

برنامج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) هو خطة للاحتياجات الخاصة مصممة لمزدوجي الأهلية، حيث تدمج تغطيتك من برنامجي Medicare و Medicaid في خطة واحدة.

©2025 Aetna Inc.

H1610_NR_6343953_2026_AR_C

Notice of Availability

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on this document.

(English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በዚህ ሰነድ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على هذا المستند.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf diesem Dokument an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, इस दस्तावेज़ पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero indicato su questo documento. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、本書に記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 본 서류에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

(Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی این نوشته تماس بگیرید.

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, proszę zadzwonoć numer telefonu w tym dokumencie. (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta neste documento. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, номер которого приведен в этом документе. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en este documento. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Notice of Availability

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقيمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اس دستاویز پر درج نمبر پر بات کریں۔

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره این سند تماس بگیرید.

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, ఈ ప్రతంపె ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

lji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n’efu, kpọọ nọmba no na dọkụment a. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নথিতে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبې خدمتونو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه په دې سند کې شمیرې ته زنگ ووهئ.

H1610_2025_V3