



## Chương trình Thanh toán Toa thuốc Medicare Biểu mẫu yêu cầu tham gia

Chương trình Thanh toán Toa thuốc Medicare là tùy chọn thanh toán tự nguyện phù hợp với bảo hiểm thuốc hiện tại của quý vị, hỗ trợ quý vị quản lý chi phí thuốc Medicare Phần D tự trả bằng cách phân bổ chi phí trong năm dương lịch (Tháng Giêng – Tháng Mười Hai). **Tùy chọn thanh toán này có thể giúp quý vị quản lý chi phí nhưng không giúp quý vị tiết kiệm tiền hay giảm chi phí thuốc.**

Tùy chọn thanh toán này có thể không phải là lựa chọn tốt nhất cho quý vị nếu quý vị được trợ giúp thanh toán chi phí thuốc theo toa thông qua các chương trình như Trợ giúp Bổ sung từ Medicare hoặc Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). Gọi cho chương trình của quý vị để biết thêm thông tin.

### Hoàn thành tất cả các trường trừ khi được đánh dấu là tùy chọn

Tên gọi:	Tên họ:	Tên đệm (tùy chọn):
----------	---------	---------------------

Số Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ngày sinh [Ngày/Tháng/Năm] (____/____/____)	Điện thoại: (____) _____
--	-----------------------------

Địa chỉ đường phố nơi thường trú (không ghi Hộp thư trừ khi quý vị đang ở trạng thái 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 (có thể ghi Hộp thư):

Địa chỉ đường phố:

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

### Đọc và ký tên dưới đây

- Tôi hiểu rằng biểu mẫu này là yêu cầu tham gia vào Chương trình Thanh toán Toa thuốc Medicare. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ liên hệ với tôi nếu họ cần thêm thông tin.
- Tôi hiểu rằng ký vào mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu biểu mẫu này cũng như các điều khoản và điều kiện kèm theo.
- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) sẽ gửi thông báo để cho tôi biết khi nào yêu cầu tham gia Chương trình Thanh toán Toa thuốc Medicare của tôi có hiệu lực. Cho đến lúc đó, tôi hiểu rằng tôi chưa phải là người tham gia Chương trình Thanh toán Toa thuốc Medicare.

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

Nếu quý vị đang hoàn thành biểu mẫu này cho người khác, hãy hoàn thành phần bên dưới. Chữ ký của quý vị xác nhận rằng quý vị được ủy quyền theo luật Tiểu bang để điền vào mẫu đơn tham gia này và có sẵn tài liệu của cơ quan này nếu Medicare yêu cầu.

Tên:	Địa chỉ (Đường, Thành phố, Tiểu bang & Mã ZIP):
------	---

Số điện thoại: (    )	Mối quan hệ với người tham gia:
<b>Cách gửi biểu mẫu này</b> Quý vị cũng có thể hoàn thành biểu mẫu yêu cầu tham gia trực tuyến tại <a href="https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp">AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp</a> hoặc gọi cho chúng tôi theo số <b>1-855-463-0933 (TTY: 711)</b> để gửi yêu cầu qua điện thoại. Gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị tới: Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230 Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp điền vào biểu mẫu này, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-855-463-0933, người dùng TTY có thể gọi 711, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.	

### **Các điều khoản và điều kiện của Chương trình Thanh toán Toa thuốc của Medicare**

Chương trình Thanh toán Toa thuốc của Medicare là một chương trình tự nguyện cho phép quý vị phân bổ chi phí tự trả cho các loại thuốc được đài thọ theo Phần D trong những tháng còn lại của năm áp dụng chương trình. Chương trình không ảnh hưởng đến tổng chi phí kê toa của quý vị. Mọi khoản phí bảo hiểm chương trình hiện hành đều được lập hóa đơn và phải được thanh toán riêng biệt với bảng sao kê thanh toán Chương trình Thanh toán Toa thuốc của Medicare của quý vị. Bằng cách chọn tham gia chương trình, quý vị (hoặc đại diện được ủy quyền của quý vị) cho biết quý vị hiểu các điều khoản và điều kiện của Chương trình Thanh toán Toa thuốc của Medicare này. Quý vị đồng ý chịu trách nhiệm tài chính cho tất cả các khoản tiền được lập hóa đơn theo chương trình. Nếu không thanh toán số tiền đến hạn theo chương trình, quý vị sẽ bị chấm dứt khỏi chương trình và sẽ không được phép chọn tham gia lại cho đến khi số tiền nợ được hoàn trả đầy đủ. Quý vị có thể chọn không tham gia chương trình bất kỳ lúc nào; Tuy nhiên, bất kỳ số tiền chưa thanh toán nào còn nợ sẽ tiếp tục được lập hóa đơn và phải được thanh toán.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) là Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ Điều kiện Kép giúp gộp bảo hiểm Medicare và Medicaid vào một chương trình.

©2025 Aetna Inc.

H1610\_NR\_6343953\_2026\_VT\_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