

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 thời điểm tôi tham gia Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare có hiệu lực.** Cho đến lúc đó, tôi hiểu rằng tôi không phải là người tham gia vào Chương Trình Thanh Toán Toa Thuốc Medicare.

Chữ Ký

____/____/____

Hôm Nay, Ngày

Nếu quý vị đang 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 tới:

Capital Rx

Attn: M3P Elections

9450 SW Gemini Dr., Suite 87234

Beaverton, Oregon 97008-7105

Cũng có thể gửi yêu cầu lựa chọn qua email tới: M3P-Election@cap-rx.com

Quý vị cũng có thể hoàn thành mẫu đơn yêu cầu tham gia trực tuyến tại:

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, hãy 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.