

طرح پرداخت نسخه Medicare Prescription Payment Plan فرم درخواست مشارکت

طرح پرداخت نسخه Medicare یک گزینه پرداخت داوطلبانه است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می‌کند تا به شما کمک کند هزینه‌های داروی Medicare Part D را با توزیع مبلغ پرداختی در طول سال تقویمی (ژانویه-دسامبر) مدیریت کنید. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه یا کاهش هزینه‌های دارویی شما نمی‌شود.

اگر برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود از طریق برنامه‌هایی مانند کمک اضافی از Medicare یا برنامه کمک دارویی دولتی (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) کمک دریافت کنید، این گزینه پرداخت ممکن است بهترین انتخاب برای شما نباشد. برای اطلاعات بیشتر با طرح خود تماس بگیرید.

تمام قسمت‌ها را تکمیل کنید مگر اینکه تحت عنوان گزینه اختیاری علامت گذاری شده باشد

نام:	نام خانوادگی:	حرف اول نام میانی (اختیاری):
شماره Medicare: _____ - _____ - _____		
تاریخ تولد: (MM/DD/YYYY)	شماره تلفن:	() () ()
آدرس محل اقامت دائمی (لطفاً آدرس صندوق پستی ننویسید مگر اینکه در وضعیت بی خانمانی باشید):		
شهر:	کانتی (اختیاری):	ایالت: کد پستی:
آدرس پستی اگر با محل سکونت دائمی متفاوت است:	شهر:	ایالت: کد پستی:

لطفا بخوانید و امضا کنید

- می‌دانم که این فرم درخواستی برای شرکت در طرح پرداخت نسخه Medicare است. CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با من تماس خواهد گرفت.
- من می‌دانم که امضای این فرم به این معنی است که من فرم و برگه اطلاعات پیوست را خوانده‌ام و متوجه شده‌ام.
- **CalOptima Health OneCare Flex Plus زمانی که مشارکت من در طرح پرداخت نسخه Medicare شروع شود اطلاعیه‌ای برای من ارسال می‌کند تا به من اطلاع دهد.** تا آن زمان، می‌دانم که در طرح پرداخت نسخه Medicare مشارکت ندارم.

امضا:	تاریخ:
اگر این فرم را برای شخص دیگری تکمیل می‌کنید، بخش زیر را تکمیل کنید. امضای شما گواهی می‌دهد که طبق قانون ایالتی مجاز به پر کردن این فرم مشارکت هستید و در صورت درخواست Medicare، اسناد لازم برای نشان دادن اجازه تصمیم‌گیری را در دسترس دارید.	
نام:	آدرس (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی):
شماره تلفن: ()	نسبت با عضو شرکت کننده:

نحوه ارسال این فرم

فرم پر شده خود را به این نشانی ارسال کنید:

CalOptima Health OneCare Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

یا این فرم را به این شماره فکس کنید: 1-714-246-8711

همچنین می توانید فرم درخواست مشارکت را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare تکمیل کنید، یا با شماره تلفن رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید. تا درخواست خود را از طریق تلفن ارائه نمایید.

اگر سوالی دارید یا برای تکمیل این فرم نیاز به کمک دارید، لطفاً با ما با شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با تماس بگیرید.

با Medicare Advantage یک سازمان است، CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan قرارداد های Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما در www.caloptima.org/OneCare مراجعه کنید.

Medicare Prescription Payment Plan (برنامه پرداخت داروهای نسخه‌دار Medicare) چیست؟

Medicare Prescription Payment Plan یک گزینه‌ی پرداخت جدید در قانون داروهای نسخه‌دار است که با پوشش دارویی فعلی شما همکاری دارد تا به شما در مدیریت هزینه‌های داروهای Medicare بخش D از طریق توزیع مبلغ در کل سال تقویمی (ژانویه-دسامبر) کمک کند. از سال 2025، هر فردی که برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare با پوشش دارویی دارد (مثل Medicare Advantage Plan با پوشش دارویی) می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. همه برنامه‌ها این گزینه پرداخت را ارائه می‌کنند و استفاده از آن داوطلبانه است.

اگر شما این گزینه پرداخت را انتخاب کنید، هر ماه به پرداخت حق بیمه خود ادامه می‌دهید (اگر دارید) و برای پرداخت بابت داروهای نسخه‌دار خود از برنامه درمانی یا برنامه دارویی خود صورتحساب دریافت می‌کنید (به جای پرداخت به داروخانه). شرکت در Medicare Prescription Payment Plan هیچ هزینه‌ای ندارد.

قبل از شرکت در برنامه، چه چیزی را باید بدانید

این برنامه چگونه عمل می‌کند؟

وقتی نسخه یک داروی تحت پوشش بخش D را می‌پیچید، شما هیچ مبلغی به داروخانه پرداخت نمی‌کنید (شامل سفارش پستی و داروخانه‌های تخصصی). در عوض، شما هر ماه از برنامه درمانی یا دارویی خود یک صورتحساب دریافت می‌کنید.

حتی اگر، شما هزینه دارو را در داروخانه نپردازید، همچنان مسئول هزینه هستید. اگر می‌خواهید هزینه دارو را قبل از بردن آن به خانه بدانید، با برنامه خود تماس بگیرید یا از داروساز بپرسید.

این گزینه پرداخت می‌تواند به شما در مدیریت هزینه‌های ماهیانه کمک کند، اما در پول شما صرفه‌جویی نکرده یا هزینه داروهای شما را کمتر نمی‌کند. برای اطلاع درباره Extra Help و دیگر برنامه‌هایی که ممکن است برای شما در صورت احراز شرایط، صرفه‌جویی پولی ایجاد کنند، به صفحه 5 بروید.

صورتحساب ماهیانه من چطور محاسبه می‌شود؟

صورتحساب ماهیانه شما مبتنی بر مبلغ پرداختی بابت نسخه‌های دریافتی به علاوه باقیمانده ماه قبل شما، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقیمانده سال است. همه برنامه‌ها از یک فرمول برای محاسبه مبلغ پرداختی ماهیانه شما استفاده می‌کنند.

برای مشاهده مثال‌های روش محاسبه صورتحساب ماهیانه به صفحه 6 بروید.

پرداخت‌های شما ممکن است هر ماه تغییر کند، پس شاید مبلغ دقیق صورتحساب خود را از قبل ندانید. پرداخت‌های آینده ممکن است به علت دریافت یک نسخه جدید (یا تجدید یک نسخه قبلی) افزایش یابند زیرا یک هزینه جدید که بایستی از جیب خود پرداخت نمایید به پرداخت ماهیانه شما افزوده می‌شود و ماه‌های کمتری از سال برای تقسیم مبلغ باقیمانده باقی می‌ماند.

در یک سال تقویمی (ژانویه-دسامبر)، شما هرگز بیش از این مبلغ پرداخت نخواهید کرد:

- کل مبلغی که اگر در این گزینه پرداخت شرکت نداشتید، باید از جیب به داروخانه پرداخت می‌کردید.
- حداکثر پوشش از جیب سالیانه Medicare (\$2000 در سال 2025)

قانون داروهای تجویزی، سقف هزینه پرداختی از جیب شما برای داروها در سال 2025 را \$2000 تعیین کرده است. این در رابطه با همه افراد دارای پوشش Medicare صحت دارد، حتی اگر شما در Medicare Prescription Payment Plan شرکت نکنید.

آیا این به من کمک می‌کند؟

به وضعیت شما بستگی دارد. به یاد داشته باشید، این گزینه پرداخت می‌تواند به شما در مدیریت هزینه‌های ماهیانه کمک کند، اما در پول شما پس‌انداز نکرده یا هزینه داروهای شما را کمتر نمی‌کند.

به احتمال زیاد شما از شرکت در Medicare Prescription Payment Plan در صورتی منفعت می‌برید که در ابتدای سال هزینه‌های دارویی بالاتری داشته باشید. اگرچه هر زمان در سال می‌توانید شروع به شرکت در این گزینه پرداخت کنید، اگر زودتر در سال شروع کنید (مثلاً قبل از سپتامبر)، ماه‌های بیشتری برای تقسیم هزینه‌های دارویی خواهید داشت. برای پاسخ به چند سوال، و اطلاع از آنکه آیا این گزینه پرداخت برای شما منفعت دارد، به [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) بروید.

این گزینه پرداخت ممکن است بهترین انتخاب برای شما نباشد، اگر:

- هزینه‌های سالیانه دارویی شما پایین است.
 - هزینه‌های دارویی شما در همه ماه‌ها مساوی است.
 - شما قصد دارید در اواخر سال تقویمی در این گزینه پرداخت شرکت کنید (بعد از سپتامبر).
 - شما نمی‌خواهید روش پرداخت بابت داروهای خود را تغییر دهید.
 - شما واجد شرایط Extra Help از Medicare شدید یا هستید.
 - شما واجد شرایط Medicare Saving Program شدید یا هستید.
 - شما می‌توانید از سازمان‌های دیگر مثل (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)، یک برنامه تامین کوپن، یا پوشش‌های درمانی دیگر برای پرداخت بابت داروهای خود کمک دریافت کنید.
- برای اطلاع درباره برنامه‌هایی که به شما در کاهش هزینه کمک می‌کنند، به صفحه 5 بروید.

اگر بخواهم در برنامه شرکت کنم، چه کسی می‌تواند به من کمک کند؟

- برنامه سلامت یا دارویی شما: برای اطلاعات بیشتر، از وبسایت برنامه خود بازدید کنید یا با برنامه خود تماس بگیرید. اگر نیاز به دریافت فوری یک نسخه دارویی دارید، با برنامه خود تماس بگیرید و درباره گزینه‌های خود صحبت کنید.
- Medicare: برای اطلاع درباره این گزینه پرداخت و اینکه آیا مناسب شما است، از [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.Medicare.gov/prescription-payment-plan) بازدید کنید.
- (State Health Insurance Assistance Program, SHIP): برای دریافت شماره تلفن SHIP محلی خود و دریافت مشاوره رایگان و شخصی درباره بیمه درمانی، از [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) بازدید کنید.

چگونه می‌توانم ثبت نام کنم؟

- برای شروع شرکت در این گزینه پرداخت، از وبسایت برنامه خود بازدید کنید یا با برنامه خود تماس بگیرید.
- در سال 2024 برای سال 2025: اگر می‌خواهید در سال 2025 در Medicare Prescription Payment Plan شرکت کنید، اکنون با برنامه خود تماس بگیرید. مشارکت شما از 1 ژانویه 2025 آغاز می‌شود.
- در طول سال 2025: از 1 ژانویه 2025، شما می‌توانید با برنامه خود تماس بگیرید تا هر زمان در طول سال تقویمی اشتراک در Medicare Prescription Payment Plan را شروع کنید.

به یاد داشته باشید، اگر دیرتر در سال تقویمی در برنامه شرکت کنید (بعد از سپتامبر)، این گزینه پرداخت ممکن است بهترین انتخاب برای شما نباشد. زیرا یک هزینه از جیب جدید به پرداخت ماهیانه شما افزوده می‌شود و ماه‌های کمتری از سال برای تقسیم مبلغ باقیمانده باقی می‌ماند.

در صورت شرکت در برنامه، چه مواردی را باید بدانم

بعد از ثبت نام من، چه اتفاقی می‌افتد؟

- به محض اینکه برنامه درمانی یا دارویی شما، درخواست مشارکت شما را بررسی کرد، آنها یک نامه در تایید مشارکت شما در Medicare Prescription Payment Plan ارسال می‌کنند. سپس:
- 1. وقتی شما نسخه‌ای برای داروی تحت پوشش بخش D دریافت می‌کنید، برنامه درمانی شما به صورت خودکار به داروخانه اطلاع می‌دهد که شما در این گزینه پرداخت شرکت دارید و نباید در داروخانه بابت نسخه، هزینه پرداخت کنید. حتی اگر، شما هزینه دارو را در داروخانه نپردازید، همچنان مسئول هزینه هستید. اگر می‌خواهید هزینه دارو را قبل از بردن آن به خانه بدانید، با برنامه خود تماس بگیرید یا از داروساز بپرسید.
- 2. هر ماه، برنامه درمانی شما یک صورت‌حساب به مبلغی که بابت نسخه‌ها بدهکار هستید، در سررسید ارسال و همچنین اطلاعاتی درباره روش پرداخت ارسال می‌کند. شما هر ماه یک صورت‌حساب جداگانه بابت حق بیمه برنامه درمانی دریافت خواهید کرد (اگر دارید).

من صورتحساب خود را چطور پرداخت می‌کنم؟

بعد از آنکه برنامه درمانی یا دارویی شما، شرکت شما در Medicare Prescription Payment Plan را تایید کرد، شما یک نامه از برنامه درمانی خود حاوی اطلاعاتی درباره روش پرداخت صورتحساب دریافت خواهید کرد.

اگر صورتحساب خود را پرداخت نکنم، چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر صورتحسابی را پرداخت نکنید، از برنامه درمانی یا دارویی خود یک یادآوری دریافت خواهید کرد. اگر صورتحساب خود را تا تاریخ ذکر شده در یادآوری پرداخت نکنید، از Medicare Prescription Payment Plan حذف می‌شوید. شما باید مبلغی که بدهکار هستید را بپردازید، اما هیچ سود یا هزینه‌ای نمی‌پردازید حتی اگر پرداخت شما تاخیر داشته باشد. شما می‌توانید انتخاب کنید که مبلغ را یکجا یا با صورتحساب ماهیانه پرداخت کنید. اگر از Medicare Prescription Payment Plan حذف شوید، همچنان در برنامه درمانی یا دارویی Medicare عضویت خواهید داشت.

همیشه ابتدا حق بیمه سلامت یا دارویی خود را پرداخت کنید (اگر دارید)، تا پوشش دارویی خود را از دست ندهید. اگر نگران پرداخت دو صورتحساب ماهیانه حق بیمه برنامه و Medicare Prescription Payment Plan هستید، برای اطلاع درباره برنامه‌هایی که به شما کاهش هزینه کمک می‌کنند، به صفحه 5 بروید.

اگر فکر می‌کنید برنامه شما درباره صورتحساب Medicare Prescription Payment Plan شما خطا کرده است، با آنها تماس بگیرید. اگر فکر می‌کنید آنها اشتباه کرده‌اند، شما حق دارید یک فرایند نارضایتی را دنبال کنید که در کتابچه اعضا یا مدرک پوشش ما تشریح شده است.

من چگونه می‌توانم برنامه را ترک کنم؟

شما می‌توانید هر زمان با تماس با برنامه درمانی یا دارویی خود، Medicare Prescription Payment Plan را ترک کنید. ترک برنامه تاثیری بر پوشش دارویی Medicare و دیگر مزایای Medicare شما ندارد. به یاد داشته باشید:

- اگر هنوز مبلغی بدهکار هستید، باید مبلغی بدهی خود را بپردازید، حتی اگر دیگر در این گزینه پرداخت شرکت نمی‌کنید.
- شما می‌توانید انتخاب کنید که کل مبلغ باقیمانده را یکجا یا با صورتحساب ماهیانه پرداخت کنید.
- بعد از آنکه از Medicare Prescription Payment Plan خارج شدید، شما بابت هزینه‌ها مستقیم از جیب به داروخانه پرداخت خواهید کرد.

اگر برنامه درمانی یا دارویی خود را تغییر دهم، چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر شما برنامه فعلی خود را ترک کنید یا به یک برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare دارای پوشش دارویی دیگر (مثل Medicare Advantage Plan با پوشش دارویی) تغییر دهید، شرکت شما در Medicare Prescription Payment Plan خاتمه می‌یابد.

اگر دوباره مایل به شرکت در Medicare Prescription Payment Plan هستید، با برنامه جدید خود تماس بگیرید.

کدام برنامه‌ها می‌توانند به من کمک کنند، هزینه‌های خود را پایین نگه دارم؟

اگر شما درآمد و منابع محدودی دارید، بررسی کنید که آیا واجد شرایط این برنامه‌ها هستید:

- **Extra Help:** یک برنامه Medicare که به پرداخت هزینه‌های داروهای Medicare شما کمک می‌کند. از ssa.gov/medicare/part-d-extra-help بازدید کنید تا ببینید آیا واجد شرایط هستید و درخواست دهید. همچنین شما می‌توانید در دفتر (State Medical Assistance, Medicaid) خود درخواست دهید. برای اطلاعات بیشتر، از Medicare.gov/ExtraHelp بازدید کنید.
- **Medicare Savings Programs (برنامه‌های صرفه‌جویی Medicare)** برنامه‌های ایالتی که ممکن است به پرداخت بخشی یا همه حق بیمه Medicare، فرانشیز، سهم ثابت و سهم درصدی کمک کنند. برای اطلاعات بیشتر، از Medicare.gov/medicare-savings-programs بازدید کنید.
- **State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs (برنامه کمک دارویی ایالتی):** برنامه‌هایی که ممکن است شامل پوشش حق بیمه برنامه دارویی Medicare و/یا سهم تقسیم هزینه باشند. حق‌السهم SPAP ممکن است در محاسبه‌ی حدود هزینه از جیب پوشش دارویی Medicare حساب شود. برای اطلاعات بیشتر، از go.medicare.gov/spap بازدید کنید.
- **Manufacturer Pharmaceutical Assistance Programs یا برنامه کمک دارویی شرکتهای داروسازی (گاهی Patient Assistance Programs, PAPs یا برنامه کمک به بیمار نامیده می‌شود.)** برنامه‌های دارویی تولیدکنندگان دارو برای کمک به کاهش هزینه‌های دارو برای افرادی که Medicare دارند. برای اطلاعات بیشتر، از go.medicare.gov/pap بازدید کنید.

افراد زیادی واجد شرایط این برنامه‌های صرفه‌جویی هستند و نمی‌دانند. برای اطلاع بیشتر، از Medicare.gov/basics/costs/help بازدید کنید یا با دفتر تامین اجتماعی محلی خود تماس بگیرید. دفتر تامین اجتماعی محلی خود را در ssa.gov/locator بیابید.

من از کجا می‌توانم اطلاعات بیشتر به دست بیاورم؟

- **برنامه درمانی یا دارویی شما:** برای اطلاعات بیشتر، از وبسایت برنامه خود بازدید کنید یا با برنامه خود تماس بگیرید.
- **Medicare:** از Medicare.gov/prescription-payment-plan، بازدید کنید یا 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

مثال روش محاسبه صورتحساب ماهیانه

مثال 1:

شما چند داروی گران قیمت دریافت می‌کنید که هر ماه جمع کل هزینه از جیب شما، \$500 است. در ژانویه، شما از طریق برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare دارای پوشش دارویی خود، عضو Medicare Prescription Payment Plan می‌شوید.

ما صورتحساب ماه اول Medicare Prescription Payment Plan شما را متفاوت با صورتحساب سایر ماه‌های سال محاسبه می‌کنیم:

- ابتدا، ما «حداکثر مبلغ ممکن» ماهیانه شما را برای ماه اول حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$2000 \text{ [حداکثر هزینه سالیانه پرداختی از جیب]} \\
 - \$0 \text{ [بدون هزینه از جیب قبل از استفاده از این گزینه پرداخت]} \\
 \hline
 = \$2000 \\
 = \$166.67 \text{ [«حداکثر} \\
 \text{مبلغ قابل پرداخت ماهیانه» شما بابت} \\
 \text{ماه اول]} \\
 \hline
 12 \text{ [ماه باقیمانده در سال]}
 \end{array}$$

- سپس، ما بررسی می‌کنیم که شما در ماه ژانویه چه مبلغی را پرداخت خواهید کرد:
 - جمع کل هزینه از جیب شما در ماه ژانویه (\$500) با «حداکثر مبلغ قابل پرداختی» مقایسه می‌شود که الان محاسبه کردیم: \$166.67.
 - برنامه درمانی شما مبلغ کمتر این دو ماه را صورتحساب خواهد کرد. از این رو، شما در ماه ژانویه \$166.67 پرداخت خواهید کرد.
 - مبلغ باقیمانده شما \$333.33 (\$500-\$166.7) است.

در ماه فوریه و باقیمانده ماه‌های سال، ما پرداخت شما را متفاوت حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$333.33 \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$500 \text{ [هزینه جدید]} = \$833.33 \\
 \hline
 11 \text{ [ماه باقیمانده در سال]} \\
 = \$75.76 \text{ [پرداخت شما در ماه} \\
 \text{فوریه]}
 \end{array}$$

ما پرداخت مارس شما را مثل فوریه محاسبه می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$757.57 \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$500 \text{ [هزینه جدید]} = \$1257.57 \\
 \hline
 10 \text{ [ماه باقیمانده در سال]} \\
 = \$125.76 \text{ [پرداخت شما در ماه} \\
 \text{مارس]}
 \end{array}$$

در ماه آوریل، وقتی شما دوباره داروهای خود را تجدید می‌کنید، شما به حداکثر هزینه از جیب سالیانه می‌رسید (\$2000 در سال 2025). شما به پرداخت بابت بدهی خود و دریافت نسخه‌ها ادامه می‌دهید، اما بعد از آوریل، هیچ هزینه از جیب جدیدی برای باقیمانده سال پرداخت نمی‌کنید.

$$\begin{array}{r}
 \$1131.81 \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$500 \text{ [هزینه جدید]} = \$1631.81 \\
 \hline
 9 \text{ [ماه باقیمانده در سال]} \\
 = \$181.31 \text{ [پرداخت شما بابت ماه} \\
 \text{آوریل و کل ماه‌های باقیمانده سال]}
 \end{array}$$

حتی اگر، پرداخت شما در هر ماه فرق کند، تا پایان سال، شما هرگز بیش از این مبلغ پرداخت نمی‌کنید:

- مبلغ کلی که باید از جیب پرداخت کنید.
 - حداکثر پوشش از جیب سالیانه (\$2000 در سال 2025)
- به یاد داشته باشید، این فقط پرداخت ماهیانه شما بابت هزینه‌های از جیب شما است. شما همچنان باید حق بیمه برنامه درمانی یا دارویی خود را هر ماه بپردازید (اگر دارید).

مثال 1: اگر در اوایل سال هزینه دارویی بالایی دارید، در ماه ژانویه شروع به مشارکت کنید

ماه	هزینه دارویی شما (بدون این گزینه پرداخت)	پرداخت ماهیانه شما (با این گزینه پرداخت)	یادداشت‌ها
ژانویه	\$500	\$166.67	این زمانی است که شما شروع به شرکت در این گزینه درمانی کردید. به یاد داشته باشید، صورت‌حساب ماه اول بر مبنای محاسبه «حداکثر مبلغ قابل پرداخت» است. ما صورت‌حساب شما را برای بقیه ماه‌های سال را متفاوت محاسبه می‌کنیم.
فوریه	\$500	\$75.76	
مارس	\$500	\$125.76	
آوریل	\$500	\$181.31	در این ماه شما به حداکثر سالانه هزینه از جیب خود (2000 دلار در سال 2025) رسیدید. شما هیچ هزینه دارویی از جیب برای پایان سال ندارید.
می	\$0.00	* \$181.31	*هنوز هر ماه داروهای \$500 خود را دریافت خواهید کرد، اما از آنجایی که به حداکثر سالانه از جیب خود رسیده‌اید، برای بقیه سال هیچ هزینه جدیدی اضافه نمی‌کنید. شما همچنان به پرداخت آنچه که قبلاً بدهکار هستید، ادامه خواهید داد.
ژوئن	\$0.00	* \$181.31	
جولای	\$0.00	* \$181.31	
آگوست	\$0.00	* \$181.31	
سپتامبر	\$0.00	* \$181.31	
اکتبر	\$0.00	* \$181.31	
نوامبر	\$0.00	* \$181.31	
دسامبر	\$0.00	* \$181.31	
جمع کل	\$2,000.00	\$2,000.00	شما کل همان مبلغ را در سال پرداخت می‌کنید، حتی اگر از این گزینه پرداخت استفاده نکنید.

اگر نگران پرداخت \$500 در ماه از ژانویه تا آوریل هستید، این گزینه پرداخت به شما کمک خواهد کرد هزینه‌های خود را مدیریت کنید. اگر ترجیح می‌دهید هر ماه \$500 را به مدت 4 ماه پرداخت کنید و بعد \$0 در باقی سال پرداخت کنید، این گزینه پرداخت شاید مناسب شما نباشد. برای دریافت کمک شخصی، با برنامه سلامت یا دارویی خود تماس بگیرید.

مثال 2:

شما چند دارو دریافت می‌کنید که هر ماه جمع کل هزینه از جیب شما، \$80 است. در ژانویه، شما از طریق برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare دارای پوشش دارویی خود، عضو Medicare Prescription Payment Plan می‌شوید.

ما صورت‌حساب ماه اول Medicare Prescription Payment Plan شما را متفاوت با صورت‌حساب سایر ماه‌های سال محاسبه می‌کنیم:

- ابتدا، ما «حداکثر مبلغ ممکن» ماهیانه شما را برای ماه اول حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 2,000\$ \text{ [حداکثر هزینه از جیب سالیانه]} \\
 - 0\$ \text{ [بدون هزینه از جیب قبل از استفاده از این گزینه پرداخت]} \\
 \hline
 2,000\$ = \\
 = \$166.67 \text{ [«حداکثر} \\
 \text{مبلغ ممکن» بابت} \\
 \text{12 [ماه‌های باقیمانده سال]} \text{ ماه اول]}
 \end{array}$$

- سپس، ما بررسی می‌کنیم که شما در ماه ژانویه چه مبلغی را پرداخت خواهید کرد:

- فقط جمع کل هزینه از جیب خود بابت ژانویه (\$80) تا «حداکثر مبلغ ممکن» را محاسبه کردیم: \$166.67.
- برنامه شما مبلغ کمتر این دو را پرداخت می‌کند. از این رو، شما در ماه ژانویه \$80 پرداخت خواهید کرد.
- مبلغ باقیمانده شما \$0 است.

در ماه فوریه و باقیمانده ماه‌های سال، ما پرداخت شما را متفاوت حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 0\$ \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$80 \text{ [هزینه جدید]} = \$80 \\
 \hline
 = \$7.27 \text{ [پرداخت شما در ماه} \\
 \text{فوریه]} \\
 \text{11 [ماه باقیمانده در سال]}
 \end{array}$$

ما پرداخت مارس شما را مثل فوریه محاسبه می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$72.73 \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$80 \text{ [هزینه جدید]} = \$152.73 \\
 \hline
 = \$15.27 \text{ [پرداخت شما} \\
 \text{در ماه مارس]} \\
 \text{10 [ماه باقیمانده در سال]}
 \end{array}$$

حتی اگر، پرداخت شما در هر ماه فرق کند، تا پایان سال، شما هرگز بیش از این مبلغ پرداخت نمی‌کنید:

- مبلغ کلی که باید از جیب پرداخت کنید.
- حداکثر پوشش از جیب سالیانه (\$2000 در سال 2025)

به یاد داشته باشید، این فقط پرداخت ماهیانه شما بابت هزینه‌های از جیب شما است. شما همچنان باید حق بیمه برنامه درمانی یا دارویی خود را هر ماه بپردازید (اگر دارید).

مثال 2: شروع از ژانویه با هزینه ثابت در طول سال

ماه	هزینه دارویی شما (بدون این گزینه پرداخت)	پرداخت ماهیانه شما (با این گزینه پرداخت)	یادداشت‌ها
ژانویه	\$80.00	\$80.00	این زمانی است که شما شروع به استفاده از این گزینه پرداخت کردید. به یاد داشته باشید، صورت‌حساب ماه اول بر مبنای محاسبه «حداکثر مبلغ ممکن» است. ما صورت‌حساب شما را برای بقیه ماه‌های سال را متفاوت محاسبه می‌کنیم.
فوریه	\$80.00	\$7.27	
مارس	\$80.00	\$15.27	
آوریل	\$80.00	\$24.16	
می	\$80.00	\$34.16	
ژوئن	\$80.00	\$45.59	
جولای	\$80.00	\$58.93	
آگوست	\$80.00	\$74.92	
سپتامبر	\$80.00	\$94.93	
اکتبر	\$80.00	\$121.59	
نوامبر	\$80.00	\$161.59	
دسامبر	\$80.00	\$241.59	
جمع کل	\$960.00	\$960.00	شما کل همان مبلغ را در سال پرداخت می‌کنید، حتی اگر از این گزینه پرداخت استفاده نکنید.

بسته به وضعیت خاص شما، ممکن است شما از استفاده از این گزینه پرداخت بهره نبرید چرا که پرداخت‌های بالاتر شما در ماه سپتامبر شروع می‌شود. برای دریافت کمک شخصی، با برنامه سلامت یا دارویی خود تماس بگیرید.

مثال 3:

شما هر ماه مرتب \$4 هزینه از جیب بابت داروهای نسخه‌دار خود می‌پردازید. در آوریل 2025، شما یک نسخه یکبارہ دارید که \$613 هزینه دارد، در نتیجه جمع کل هزینه از جیب شما \$617 است. همان ماه، قبل از آنکه نسخه‌های خود را ببجید، تصمیم به شرکت در Medicare Prescription Payment Plan از طریق برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare با پوشش دارویی می‌گیرید.

ما صورتحساب ماه اول Medicare Prescription Payment Plan شما را متفاوت با صورتحساب سایر ماه‌های سال محاسبه می‌کنیم:

- ابتدا، ما «حداکثر مبلغ ممکن» ماهیانه شما را برای ماه اول حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$2000 \text{ [حداکثر هزینه از جیب سالیانه]} \\
 - \$12 \text{ [هزینه از جیب شما قبل از استفاده از این گزینه پرداخت]} \\
 \hline
 = \$1988 \\
 \text{[ماه‌های باقیمانده سال]} \quad \text{[ماه اول]} \\
 \text{9} \quad \text{1} \\
 \hline
 = \$220.89 \text{ [حداکثر} \\
 \text{مبلغ ممکن} \text{] بابت} \\
 \text{مبلغ ممکن}
 \end{array}$$

- سپس، ما بررسی می‌کنیم که شما در ماه آوریل چه مبلغی را پرداخت خواهید کرد:
 - جمع کل هزینه از جیب شما در ماه آوریل (\$617) با «حداکثر مبلغ قابل پرداختی» مقایسه می‌شود که الان محاسبه کردیم: \$220.89.
 - برنامه شما مبلغ کمتر این دو را پرداخت می‌کند. از این رو، شما در ماه آوریل \$220.89 پرداخت خواهید کرد.
 - مبلغ باقیمانده شما \$396.11 (\$617-\$220.89) است.

در ماه می و باقیمانده ماه‌های سال، ما پرداخت شما را متفاوت حساب می‌کنیم:

$$\begin{array}{r}
 \$396.11 \text{ [مبلغ باقیمانده]} + \$4 \text{ [هزینه جدید]} = \$400.11 \\
 \hline
 = \$50.01 \text{ [پرداخت شما در} \\
 \text{ماه می]} \quad \text{[ماه باقیمانده در سال]} \\
 \text{8} \quad \text{1}
 \end{array}$$

پرداخت شما در طول سال متفاوت خواهد بود. علت این است که شما در طول سال، هزینه اضافه می‌کنید اما ماه‌های کمتری از سال باقیمانده است تا پرداخت‌های شما بین آنها تقسیم شود.

تا پایان سال، شما هیچ وقت بیشتر از این پرداخت نمی‌کنید:

- مبلغ کلی که باید از جیب پرداخت کنید.
 - حداکثر پوشش از جیب سالیانه (\$2000 در سال 2025)
- به یاد داشته باشید، این فقط پرداخت ماهیانه شما بابت هزینه‌های از جیب شما است. شما همچنان باید حق بیمه برنامه درمانی یا دارویی خود را هر ماه بپردازید (اگر دارید).

مثال 3: در شرایطی که هزینه‌های متفاوتی در طول سال دارید، در ماه آوریل شروع به مشارکت کنید

ماه	هزینه دارویی شما (بدون این گزینه پرداخت)	پرداخت ماهیانه شما (با این گزینه پرداخت)	یادداشت‌ها
ژانویه	\$4.00	*\$4.00	* شما این پرداخت‌ها را مستقیم قبل از شرکت در
فوریه	\$4.00	*\$4.00	Medicare Prescription Payment Plan به داروخانه
مارس	\$4.00	*\$4.00	داده‌اید.
آوریل	\$617.00	\$220.89	این زمانی است که شما شروع به استفاده از این گزینه پرداخت کردید. به یاد داشته باشید، صورت‌حساب ماه اول بر مبنای محاسبه «حداکثر مبلغ ممکن» است. ما صورت‌حساب شما را برای بقیه ماه‌های سال را متفاوت محاسبه می‌کنیم.
می	\$4.00	\$50.01	
ژوئن	\$4.00	\$50.59	
جولای	\$124.00	\$71.25	این ماه، شما یک داروی \$120 علاوه بر داروی \$4 خود نیاز دارید. طبق همان فرمولی که ما در ماه می استفاده کردیم، پرداخت شما افزایش پیدا می‌کند زیرا شما در طول سال، هزینه اضافه می‌کنید اما ماه‌های کمتری از سال باقیمانده است تا پرداخت‌های شما بین آنها تقسیم شود.
اگوست	\$4.00	\$72.05	
سپتامبر	\$4.00	\$73.05	
اکتبر	\$124.00	\$114.39	این ماه، شما یک داروی \$120 علاوه بر داروی \$4 خود نیاز دارید. طبق همان فرمولی که ما در ماه می استفاده کردیم، پرداخت شما افزایش پیدا می‌کند زیرا شما در طول سال، هزینه اضافه می‌کنید اما ماه‌های کمتری از سال باقیمانده است تا پرداخت‌های شما بین آنها تقسیم شود.
نوامبر	\$4.00	\$116.39	
دسامبر	\$4.00	\$120.38	
جمع کل	\$901.00	\$901.00	شما کل همان مبلغ را در سال پرداخت می‌کنید، حتی اگر از این گزینه پرداخت استفاده نکنید.

اگر نگران پرداخت \$617 در ماه آوریل هستید، این گزینه پرداخت به شما کمک خواهد کرد هزینه‌های خود را در قالب هزینه‌های ماهیانه‌ای تقسیم کنید که در طول سال متفاوت هستند. اگر نگران پرداخت بیشتر در اواخر سال هستید، این گزینه پرداخت ممکن است مناسب شما نباشد. برای دریافت کمک شخصی، با برنامه سلامت یا دارویی خود تماس بگیرید.



Medicare

شما حق دارید اطلاعات Medicare را در یک قالب در دسترس مثل چاپ درشت، بریل یا صوتی دریافت کنید. همچنین شما حق دارید اگر احساس می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفتید، شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر، از 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا با [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) بازدید کنید یا با 1-877-486-2048 تماس بگیرید.

این محصول با هزینه مالیات‌دهندگان تهیه شده است.