



## Medicare處方藥支付計劃參加申請表

Medicare處方藥支付計劃是一種適用於您目前藥物保險的自願支付選項，它可以透過將您的藥物費用分攤至全年各個月（1月至12月）付款，從而幫助您管理Medicare D部分藥物的付現費用。這種支付選項可以協助您管理支出，但不能為您節省金錢或降低藥物費用。

如果您透過Medicare的Extra Help或EPIC（紐約State Pharmaceutical Assistance Program/簡稱為SPAP）等計劃來支付處方藥費用，這種支付方式可能不是您的最佳選擇。請致電我們：1-888-807-5717（聽力障礙電傳711）瞭解更多資訊，該號碼每週7天，每天24小時開放。

### 填寫所有欄位，除非標明是「選填」

|                                   |                       |            |       |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|-------|
| 名：                                | 姓：                    | 中間名字首（選填）： |       |
| Medicare編號：                       |                       |            |       |
| 出生日期：（月/日/年）<br>（    /    /    ）  | 電話號碼：<br>（          ） |            |       |
| 固定住所街道地址（請勿填寫P.O.郵箱，除非您目前無家可歸）：   |                       |            |       |
| 城市：                               | 郡（選填）：                | 州：         | 郵遞區號： |
| 郵寄地址（僅在與您的固定住所地址不同時填寫，可填寫P.O.郵箱）： |                       |            |       |
| 地址：                               |                       |            |       |
| 城市：                               | 州：                    | 郵遞區號：      |       |

**請認真閱讀並在下方簽字**

- 本人理解，本文件是參加Medicare處方藥支付計劃的申請表。如需更多資訊，Centers Plan for Healthy Living將聯絡本人。
- 本人理解，在本表上簽字即代表本人已閱讀並理解本表內容。
- Centers Plan for Healthy Living將向本人傳送通知，告知本人是否成功參加Medicare處方藥支付計劃。本人理解，在收到該通知前，本人不是Medicare處方藥支付計劃的參加者。
- 請參閱本表格第3頁和第4頁的其他條款和條件。

簽名：

日期：

如果您是代他人填寫本表，請完成以下部分。在本表上簽字即證明您是根據州法律授權填寫本申請表且持有相關授權文件，Medicare有權向您索取授權文件。

姓名：

地址（街道、城市、州、郵遞區號）：

電話號碼：(        )

與參加人的關係：

**如何提交本表**

將填寫完整的表格提交至：

Centers Plan  
for Healthy  
Living  
ATTN:  
M3P選擇表  
75 Vanderbilt  
Avenue,  
Staten Island,  
NY 10304

您還可以線上填寫本參加申請表：

[mp.medimpact.com](http://mp.medimpact.com)；或

請致電我們：1-888-807-5717（聽力障礙電傳711），以透過電話提交申請，該號碼每週7天，每天24小時開放。

如果您在填寫本表時有疑問或需要幫助，請致電我們：1-888-807-5717，該號碼每週7天，每天24小時開放。聽力障礙電傳使用者可致電711。



## Medicare處方藥支付計劃 選擇申請表條款和條件

1. **自願參加。** 選擇加入Medicare處方藥支付計劃（「計劃」）是自願的，無需根據Medicare D部分獲得處方藥。
2. **僅限Medicare D部分藥物。** 該計劃僅適用於Medicare D部分承保藥物。該計劃不適用於透過Medicare A部分或Medicare B部分承保的藥物、醫療福利和/或服務或任何其他補充福利。
3. **加入免費。** 加入該計劃完全免費。參與者可以選擇加入，無需預付任何費用。
4. **總費用保持不變。** 選擇加入該計劃不會減少處方藥的總費用，也不會減少個人支付的付現費用總額。參與者參加該計劃後不會獲得任何折扣。
5. **無利息或額外費用。** 該計劃不包括分攤付款的任何利息或額外費用。
6. **選擇表接受通知。** 要開始參與該計劃，參與者必須透過郵件或電子方式收到一份正式的「確認接受選擇加入Medicare處方藥支付計劃的通知」，具體取決於參與者偏好和授權的通訊方式。
7. **參與計劃的期限。** 如果選擇表被接受，參與者的選擇將在進行選擇的計劃年度或計劃年度的剩餘時間內完全有效，除非之前根據本文件的規定自願或非自願終止選擇。
8. **債務義務。** 參與該計劃並不能免除參與者的財務義務。任何未支付的每月付款仍然是參與者所欠的債務。
9. **帳單。** 選擇加入該計劃的參與者將不會在藥房（包括郵購和專科藥房）支付付現費用。參與者將每月從健康計劃或健康計劃的授權供應商處收到一份帳單。每月帳單基於參與者為獲得的任何處方藥支付的費用，加上上個月的餘額，除以本計劃年度剩餘的月數。
10. **每月付款不固定。** 參與者的每月付款每月都可能發生變化，因為在配取新處方或續配現有處方時，新的付現藥費會加入每月付款中。
11. **付款責任。** 參與者獨自負責確保按時支付所有款項。未能在到期日前付款可能會導致計劃終止。
12. **寬限期。** 逾期付款將有兩個月的寬限期。寬限期從未支付餘額的月份的第一天開始，或從要求付款的日期的下個月第一天開始，以較晚者為準。
13. **非自願終止。** 如果在寬限期結束時仍未付款，該計劃將在寬限期結束後的下個月第一天終止。



14. **選擇退出/自願終止。** 參與者可以在計劃年度的任何時候選擇退出該計劃。選擇退出後，參與者將直接向藥房支付任何新的付現費用。參與者還將負責一次性付清任何餘額，或完成每月付款。
15. **修改。** 參與者將被告知付款計劃條款和條件的任何變更，包括付款金額、到期日或其他相關資訊的任何變更。此類通知將及時提供。
16. **隱私和資料安全。** 參與者提供的所有個人和付款資訊將被保密，並僅用於管理該計劃。參與者資訊的隱私和安全將根據適用的法律法規處理。
17. **爭議解決。** 由該計劃引起的任何爭議將根據健康計劃的現有Medicare D部分上訴和申訴程序解決。
18. **聯絡資訊。** 如對該計劃有任何疑問或需要協助，參與者應聯絡會員服務部：1-888-807-5717。聽障人士可以致電（聽力障礙電傳711）。工作時間為：每週7天，每天24小時，以瞭解更多資訊。