

**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部分藥物的自付金額。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State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)等援助來支付處方藥費用，這種支付方式可能不是您的最佳選擇。致電計劃獲得更多資訊。

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） （___/___/___）	電話號碼： （ ）
-------------------------------	-----------------

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）：

街道地址：

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，MetroPlusHealth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及所附條款和條件。
- MetroPlusHealth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。

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（街道地址、城市、州、郵遞區號）：
電話號碼：（ ）	與參加人的關係：

如何提交本表

您還可以線上填寫本參加申請表：caremark.com/mppp，或致電866.693.4615，透過電話提交申請。

將填寫完整的表格提交至：

MetroPlusHealth
Medicare處方藥支付計劃
P.O.Box 7
Pittsburgh, PA 15230

如果您在填寫本表時有疑問或需要幫助，請致電我們：866.693.4615。聽力障礙電傳使用者請致電：711，該號碼每週7天，每天24小時開放。

Medicare處方藥支付計劃條款和條件

Medicare處方藥支付計劃是一種自願支付計劃，允許您在計劃年度的剩餘月份中分攤支付D部分承保藥物的自付金額。該計劃不會影響您為處方藥支付的總費用。任何適用的計劃保費應與您的處方藥支付計劃分別開帳單支付。選擇參加該計劃即代表您（或您的授權代表）已理解Medicare處方藥支付計劃的條款和條件。您同意對該計劃下的所有費用帳單承擔經濟責任。如果您未支付該計劃的到期金額，您將被終止參加計劃，且在付清欠繳金額前不允許再次參加計劃。您可以隨時選擇退出該計劃，但您必須付清所有欠繳金額。