

## 메디케어 처방의약품 결제 플랜 참여 신청서

메디케어 처방의약품 결제 플랜은 현재 가입한 의약품 보험과 함께 이용할 수 있는 플랜으로 본인 부담 메디케어 파트 D 의약품 비용을 1월부터 12월에 걸쳐 나눠서 납부할 수 있는 자발적인 결제 옵션입니다. **이 결제 옵션은 비용을 관리하도록 도움을 드릴 수 있지만, 비용을 절감하거나 의약품 비용을 낮춰드리지는 않습니다.**

메디케어 추가 도움(Extra Help) 또는 주정부 의약품 지원 프로그램(SPAP)을 통해 처방의약품 비용을 지원받을 수 있는 경우에는 이 결제 옵션이 적합하지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오.

### 선택 사항으로 표시된 경우를 제외하고 모든 항목을 작성해야 합니다.

이름:	성:	중간 이니셜(선택 사항):
메디케어 번호:	생년월일: (월월/일일/년년년년)	전화번호:

실제 거주지 주소(노숙자가 아닌 경우 사서함을 입력하지 마십시오):

시:	카운티(선택 사항):	주:	우편 번호:
----	-------------	----	--------

우편 주소(실제 거주지와 다른 경우, 사서함 기입 가능):

주소:	시:	주:	우편 번호:
-----	----	----	--------

### 다음을 읽고 서명하십시오

- 본인은 이 양식을 통해 메디케어 처방의약품 결제 플랜 참여를 요청한다는 것을 이해합니다. 추가 정보가 필요한 경우 Clever Care Health Plan은 본인에게 연락할 수 있습니다.
- 본인은 서명함으로써 이 양식 및 동봉된 이용약관을 읽고 이해했습니다.
- **Clever Care Health Plan에서 메디케어 처방의약품 결제 플랜 참여가 승인되면 이에 대한 통지서를 발송합니다.** 그때까지 본인은 메디케어 처방의약품 결제 플랜 참여자가 아님을 이해합니다.

서명:	날짜:
-----	-----

다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 아래 섹션을 작성하십시오. 서명함으로써 주정부 법률에 따라 본 참여 양식을 작성할 수 있는 권한이 있으며, 메디케어에서 요청하는 경우 이에 대한 위임장을 제출할 수 있음을 증명합니다.

성명:

주소(도로명, 시, 주, 우편번호):

전화번호:

참여자 관계:

궁금한 사항이나 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 회원 서비스에 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 문의하십시오.