

## Medicare 處方藥付款計劃申請表

Medicare 處方藥付款計劃是一種自願付款選項，可與您目前的藥物承保計劃配合使用，透過將費用分攤到整個日曆年(1月至12月)，幫助您管理 Medicare D 部分藥物的自付費用。**這個付款選項可幫助您管理費用，但不能為您節省費用或降低藥物費用。**

如果您使用 Medicare 的「額外幫助」(Extra Help) 或州政府藥物援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 幫助您支付處方藥費用，則該付款選項可能不適合您。請致電您的計劃，獲取更多資訊。

### 填寫所有欄位 (除非註明為選填)

名字：	姓氏：	中間名縮寫 (選填)：	
Medicare 號碼：	出生日期：(月月/日日/年年年年)	電話號碼：	
永久居住地址 (請勿使用郵政信箱，除非您處於無家可歸狀態)：			
城市：	郡 (選填)：	州：	郵遞區號：
郵件通訊地址，若與永久地址不同 (可使用郵政信箱)：			
地址：	城市：	州：	郵遞區號：

### 閱讀並在下方簽名

- 我瞭解此表格是申請參加 Medicare 處方藥付款計劃的申請表。如果福全健保 (Clever Care Health Plan) 需要更多資訊，他們將與我聯絡。
- 我瞭解，在此申請表上簽名，即表示我已經閱讀並瞭解本申請表以及隨附的條款與條件。
- 福全健保會向我傳送通知，告知我參加 Medicare 處方藥付款計劃的生效時間。**在此之前，我瞭解我並未參加 Medicare 處方藥付款計劃。

簽名：	日期：
-----	-----

如果您為其他人填寫此申請表，請填寫以下部分。您的簽名證明您根據州法律取得授權以填寫此參加申請表，而且如果 Medicare 提出要求，您有相關授權文件可供查閱。

姓名：	地址 (街道、城市、州、郵遞區號)：
電話號碼：	與參與者的關係：

如果您有任何問題或需要填寫此申請表方面的幫助，請在請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 以聯繫會員服務部，工作時間為10月1日至3月31日期間，每週7天，上午8點至晚上8點，4月1日至9月30日，星期一至星期五，上午8點至晚上8點。