

Medicare 處方付款計劃是一種自願的付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將自付費用 Medicare D 部分藥物費用分攤到整個曆年（1 月 - 12 月）來幫助您進行管理。

這種支付方式可以協助您管理開支，但並不會為您省錢或降低藥物費用。

如果您透過 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」或州藥物援助計劃 (SPAP) 等計劃獲得支付處方藥費用的幫助，則此付款選項可能不是您的最佳選擇。

請致電您的計劃以獲取更多資訊。

填寫所有欄位，除非標記為選填

名字： _____ 姓氏： _____ 中間名首字母（選填）： _____

Medicare 號碼： _____ - _____ - _____

出生日期：（月/日/年）

（ / / ）

電話號碼：

（ ）

永久居住街道地址（不要輸入郵政信箱，除非您無家可歸）：

城市：

縣（選填）：

州：

郵遞區號：

郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）（可填寫郵政信箱號）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

請閱讀以下內容並簽名

- 我瞭解此表格是參與 Medicare 處方付款計劃的請求。如果 VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO) 需要更多資訊，他們將與我聯絡。
- 我瞭解簽署此表格意味著我已閱讀並理解此表格以及所附條款和條件。
- VNS Health 富康醫療 EasyCare 將向我發送通知，讓我知道我參與的 Medicare 處方付款計劃何時有效。在此之前，我瞭解我不是 Medicare 處方付款計劃的參與者。

簽名：

日期：

如果您為其他人填寫此表格，請填寫以下部分。您的簽名證明您有權根據州法律填寫此參與表格，並在 Medicare 要求時提供此授權的文件。

姓名：

地址（街道、城市、州、郵遞區號）：

電話號碼：（ ）

與參保者的關係：

如何提交此表格

您可以致電 1-888-672-7205 聯絡我們，以透過電話提交您的請求。

或在 medimpact.com 線上填寫參與申請表。或

請將您填妥的表格寄至：

VNS Health | Health Plans – Care Team - ECM3P | PO Box 18023 | Hauppauge, NY 11788

如果您有疑問或需要協助填寫此表格，請致電 1-888-672-7205 與我們聯絡，服務時間為每週 7 天，

每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。

Medicare 處方付款計劃選擇申請表條款與條件

1. **自願參與。** 參保 Medicare 處方付款計劃（「計劃」）是自願的，不需要根據 Medicare D 部分獲取處方藥。
2. **僅限 Medicare D 部分藥物。** 該計劃僅適用於 Medicare D 部分承保的藥物。該計劃不適用於 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. **無需加入費用。** 該計劃完全免費加入。參保者無需任何預付費用即可參與。
4. **總費用相同。** 參保該計劃不會減少處方藥的總費用，也不會減少個人支付的自付費用總額。參保該計劃的參與者不會獲得任何折扣。
5. **無利息或額外費用。** 該計劃不包括任何利息或分期付款的額外費用。
6. **接受選擇表的通知。** 要開始參與該計劃，參與者必須透過郵件或電子方式收到正式的“確認接受選擇加入 Medicare 處方付款計劃的通知”，具體取決於參與者首選和授權的通信方式。
7. **參與計劃的期限。** 如果選擇表被接受，則參與者的選擇對於已進行選擇的計劃年度或計劃年度的剩餘部分具有完全效力，除非選擇之前按照本協議規定自願或非自願終止。
8. **債務義務。** 參與該計劃並不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. **計費。** 參加該計劃的參與者無需在藥房（包括郵購藥房和專科藥房）支付自付費用。參與者**每月**將從健康計劃或健康計劃的授權供應商處收到帳單。**每月帳單是根據參與者為他們獲得的任何處方支付的費用，加上上個月的餘額，除以計劃年度剩餘的月份數。**
10. **每月付款不固定。** 參與者的**每月付款**可能每個月都會發生變化，因為在配新處方或補充現有處方時，新的自付費用會添加到**每月付款**中。
11. **付款責任。** 參與者全權負責確保按時支付所有款項。未能在到期日之前付款可能會導致退出該計劃。
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當月的第一天或請求付款日期後的下個月的第一天開始，以較晚者為準。
13. **非自願終止。** 如果在寬限期結束前未付款，則將從寬限期結束後下個月的第一天起退保。
14. **選擇退出/自願終止。** 參與者可以在計劃年度內隨時選擇退出該計劃。選擇退出後，參與者將直接向藥房支付任何新的自付費用。參與者還將負責一次性支付任何剩餘餘額或完成**每月付款**。
15. **修訂。** 參與者將收到有關付款計劃條款與條件的任何變更的通知，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予以保密，並僅用於管理該計劃的目的。參與者資訊的隱私和安全將根據適用的法律法規進行處理。
17. **爭議解決**。因本計劃引起的任何爭議將根據健康計劃既定的 D 部分上訴和申訴程序解決。
18. **聯絡資訊**。如果對該計劃有疑問或需要幫助，參與者應致電 1-888-672-7205。有聽力障礙的人士可致電 (TTY) 711。營業時間為：**每週 7 天，每天 24 小時**。