



## Medicare 處方藥支付計劃參與申請表

Medicare 處方藥支付計劃是一種**可選**的支付方式，可與您目前的藥物保險結合使用，幫助您將 Medicare D 部分處方藥的自付費用分攤到整個日曆年的每個月（1 月至 12 月），以此來管理此類費用的支付。**此支付方式可能有助於您管理支出，但它不能為您節省資金或降低藥物費用。**如果您透過 Medicare 的「額外幫助」或州立藥物協助方案 (SPAP) 等方案獲得了支付處方藥費用的幫助，則此支付方式可能不是您的最佳選擇。請致電您的計劃以獲取更多資訊。

### 請填寫所有欄位，除非已標示為「可選」

名字：\_\_\_\_\_ 姓氏：\_\_\_\_\_ 中間名首字母縮寫（可選）：\_\_\_\_\_

Medicare 編號 ----- \_\_\_\_\_ Humana 會員卡號：H \_\_\_\_\_

出生日期：（月月/日日/年年年）  
（\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_） 電話號碼：  
（\_\_\_\_）\_\_\_\_\_

常住街道地址（不要輸入信箱，除非您正經歷無家可歸）：  
\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 縣（可選）：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

郵寄地址（如果與您的常住地址不同；允許輸入信箱）：  
地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

### 閱讀並在下面簽名

- 我理解此表格是參與 Medicare 處方藥支付計劃的申請表。如果 Humana 需要更多資訊，將與我聯絡。
- 我理解簽署此表格意味著我已閱讀並瞭解此表格和隨附的條款及規定。
- **Humana 將向我發送通知，以告知我參與的 Medicare 處方藥支付計劃何時生效。**在此之前，我理解我不是 Medicare 處方藥支付計劃的參與者。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果您要代替其他人填寫此表格，請填寫下面的部分。您簽名即證明您依據州法律被授權填寫此參與申請表，並且可應 Medicare 的要求提供此類授權的文件。

姓名：

---

---

地址（街道、城市、州、郵遞區號）：

---

---

電話號碼：( )

與參與者的關係：

## 如何提交此表格

您可以透過造訪 [Humana.com/MPPP](https://www.humana.com/MPPP) 在線填寫參與申請表，也可以掃描此二維碼選擇加入該方案。



如要透過電話提交申請，請致電您的會員卡背面的號碼聯絡我們。

如有任何疑問或需要幫助填寫此表格，您可以每週 7 天，每天上午 8 時至晚上 8 時隨時給我們致電。不過請注意，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。

如要以郵寄方式提交此表格，請寄送至：

Medicare Prescription Payment Plan  
PO Box 14540  
Lexington, KY 40512-4540



## Medicare 處方藥支付計劃條款及規定

這些條款及規定（簡稱「條款」）規管 Humana Medicare 處方藥支付計劃（簡稱「方案」），包括參與該方案的事宜（如有）。參與該方案，即表示您同意受這些條款約束。Humana 可以根據 Medicare 和州醫療補助服務中心（簡稱「CMS」）的指導變更這些條款，並保留更改這些條款的權利，但會在必要時通知您所做的任何變更。

### 參與

參與該方案是一種自願行爲，參與期只可延長至每個計劃年度的年末。您需要是現行的 Humana 會員或參加了 D 部分處方藥福利計劃的會員。如果您之前因不支付逾期餘額和未付餘額而被終止參與該方案，您還需要向 Humana 支付之前年度因參與該方案而產生的任何逾期餘額。

如果您符合參與該方案的資格，您可以在計劃年度內隨時選擇加入和退出該方案。

### 帳單

參與該方案，即表示您同意根據法律支付所有 D 部分承保處方藥的自付費用，最高承擔 2000 美元的自付費用（根據您的計劃可能更少），並且這些費用會分攤到計劃年度的剩餘月份支付。對於您在前一個月內獲得的 Medicare D 部分處方藥，費用將分攤到計畫年度的剩餘月份內，並將在每個月收到一份帳單。您理解，每次額外獲得 D 部分處方藥時，您在每個計費週期的付款金額就可能增加。在您參與該方案期間，您不再需要向藥房（包括郵購藥房和特殊藥房）的銷售點支付費用，但是需要承擔您透過參加的 Humana 計劃在藥房獲得的 D 部分承保處方藥的費用。如果您在 12 月從藥房獲得 D 部處方藥，則該計劃年度的最後一份帳單將在下一個計劃年度的 1 月收到。

您將可以選擇透過安全的入口網站、電話還是郵件來支付。有關如何支付餘額的資訊，將在您的每月帳單上提供。

### 終止

並不保證始終都能參與該方案。如果您沒有支付帳單，Humana 將通知您，並將在下一個月的帳單上提供所有逾期餘額。如果您沒有支付每月到期餘額的最低支付金額，將會獲得兩個月的寬限期，若仍不支付，您將被終止參與該方案。如果在兩個月的寬限期內您沒有支付到期餘額的最低支付金額和任何逾期餘額，您將被終止參與該方案。被終止參與後，您將需要在藥房銷售點支付任何額外的處方藥費用。Humana 將在您被終止參與時通知您，並且將繼續向您收取您在參與該方案期間欠付的所有逾期餘



額。Humana 保留向您收取未付餘額的所有法定權利。一旦支付了所有逾期餘額，您就可以透過 Humana 重新加入該方案。

如果您在當前計劃年度更換了 D 部分處方藥計劃，包括在 Humana 內更換計劃，您將被該方案移除。您將需要再次選擇加入該方案，以根據您的新 D 部分計劃來參加。如果您更換了 D 部分處方藥計劃，您需要向 Humana 支付您在參加該方案期間欠付的所有未支付餘額，如果您想繼續參加該方案，將需要根據您的新處方藥計劃來選擇加入。餘額不會結轉到新的處方藥計劃。

如果您繼續支付所需的保費，即使您被終止參與該方案，您也不會被 Humana 保險計劃移除。

## 通訊

參加該方案，即表示您同意接收有關您的參與狀態、帳單和逾期通知的電話和郵件通訊。如果您已向 Humana 提交了電子郵箱，您可能會收到電子通訊，其中包括付款提醒、付款確認、自動支付確認和狀態。您將有權取消訂閱與該方案有關的電子郵件通知。如果取消訂閱，您將不再收到電子付款提醒、帳戶狀態和帳單確認。

## 爭議

如果您不同意我們的決定，您有權要求 Humana 審核相應決定。您必須在引起申訴的事件或情況發生後 60 天內提交爭議。

您可以透過郵寄、傳真或致電的方式聯絡申訴部：

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O. Box 14165

Lexington, KY 40512-4165

客戶服務部：800-457-4708（聽障專線：711）

傳真：800-949-2961

如要在線上提交申訴：

- 請造訪 [Humana.com/exceptions](https://www.humana.com/exceptions)，填寫並提交線上表格，或者
- 請登入您的 MyHumana 帳戶，在「Documents and Forms」（文件和表格）頁面上獲取申訴表格。

## 資訊披露：

Y0040\_GHHMCF9CH\_C



加入此 Medicare 處方藥支付計劃（簡稱「方案」），即表示您確認 Humana 及代表其行事的供應商可能會與 Medicare 分享您的資訊，Medicare 可能會將該資訊用於跟蹤您的參與，進行付款，以及授權收集此類資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參閱下面的隱私法聲明）。

#### **隱私法聲明：**

Medicare 和州醫療補助服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，用於追蹤受益人投保 Medicare 優勢 (MA) 計劃的情況，以及改善護理和給付 Medicare 福利。《社會安全法案》第 1851 條和第 1860D-1 條，以及聯辦法規 (CFR) 第 42 卷 422.50 和 422.60 授權收集此類資訊。如記錄系統公告 (SORN) 《Medicare 優勢計劃處方藥 (MARx)》（系統編號 09-70-0588）所指明，CMS 可以使用、披露和交換 Medicare 受益人的參加資料。**您在此表格中的回答由您自願決定，並不會影響您投保 Humana 處方藥計劃。**

Humana 與第三方供應商（簡稱「供應商」）合作為該方案提供網站以查看帳戶、安排付款、付款與查看付款記錄。供應商擁有該網站並授予您不可轉讓的、非專有、可撤銷的有限網站使用許可。**供應商在「按現狀」與「可用時」前題下提供網站並明確否認任何保固，無論明示，暗示或法定。**如果您懷疑您的帳戶或密碼受損，請及時通知 Humana。