



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