



Medicare 處方藥支付計劃 參與申請表			
Medicare 處方藥支付計劃是一項自願參加的付款選項，它會與您現有的藥物保險（Medicare Part D）一同運作，協助您分攤每年自付的處方藥費用，將這些費用平均分攤至整個日曆年度（1 月至 12 月）。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：（年/月/日） (/ /)		電話號碼： ()	
固定居住地址（請勿填寫郵政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（如果與您的固定居住地址不同；允許填寫郵政信箱）：			
地址：			
城市：		州：	郵遞區號：
我想參與 Medicare 處方藥支付計劃，適用於以下情況：			
☐ 當前計劃年度 ☐ 即將到來的計劃年度			
閱讀並在下面簽名			
- 我理解此表格是參與 Medicare 處方藥支付計劃必須提交的申請表。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。 - 我明白，如果我繼續使用相同的健康或藥物計劃，Humana 將在每個日曆年初自動續訂我參與聯絡 Medicare 處方藥支付計劃，除非我與 Humana 聯繫以選擇退出。			
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** 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，歡迎您每週 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