



## Medicare 處方藥付款計劃參與申請表

Medicare 處方藥付款計劃是一種自願付款選項，可與您當前的藥物保險配合使用，幫助您管理自付的 Medicare D 部分藥物費用，具體為將藥物費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月）。這種付款選項可能會幫助您管理費用，但它不會幫您省錢或降低藥物費用。

如果您透過 Medicare 的 Extra Help（額外補助）或 State Pharmaceutical Assistance Program（SPAP，州藥物補助計劃）等計劃獲得支付處方藥費用的補助，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。

除了標明選填的字段外，請填寫所有字段

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-------|
| 名字                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓氏 | 中間名首字母 |       |
| Medicare 編號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |        |       |
| 出生日期<br>(月/日/年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | 電話號碼   |       |
| 定居地街道地址（除非無家可歸，否則請勿填寫郵政信箱）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |        | 縣（選填） |
| 公寓門牌號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 城市 | 州      | 郵遞區號  |
| 如與定居地址不同，郵寄地址（可填寫郵政信箱）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |        |       |
| 公寓門牌號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 城市 | 州      | 郵遞區號  |
| 請閱讀下文並簽名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |        |       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>本人理解，此表用於申請參與 Medicare 處方藥付款計劃。如果需要更多資訊，Blue Shield of California 將與本人聯絡。</li><li>本人理解，簽署此表意味著本人已閱讀並理解此表以及附加條款和條件。</li><li>Blue Shield of California 將向本人發送通知，告知本人何時正式成為 Medicare 處方藥付款計劃的參與者。本人理解，在此之前，本人不是 Medicare 處方藥付款計劃的參與者。</li><li>本人理解，Blue Shield of California 將在每個日曆年初自動續期本人的 Medicare 處方藥付款計劃，除非本人聯絡 Blue Shield of California 選擇退出。</li></ul> |    |        |       |
| 簽名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | 日期     |       |

|                                                                     |         |    |        |
|---------------------------------------------------------------------|---------|----|--------|
| 如果您為其他人填寫此表，請填寫以下部分。您的簽名證明您已根據州法律獲得授權以填寫此參與表，可應 Medicare 要求提供此授權文件。 |         |    |        |
| 名字                                                                  |         | 姓氏 | 中間名首字母 |
| 地址                                                                  |         |    |        |
| 公寓門牌號                                                               | 城市      |    | 州 郵遞區號 |
| 電話號碼                                                                | 與參與者的關係 |    |        |

| 如何提交此表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>請將填妥的表格提交至：</p> <p>Blue Shield of California<br/> Mailstop: 1003<br/> MPPP Election Dept.<br/> 13900 N. Harvey Ave<br/> Edmond, OK 73013<br/> 傳真：440-557-6525<br/> 電子郵件：<a href="mailto:ElectMPPP@RxPayments.com">ElectMPPP@RxPayments.com</a></p> <p>您也可以在线填寫此參與申請表：<a href="https://activate.rxpayments.com">Activate.RxPayments.com</a>，或致電 (833) 696-2087 (TTY: 711)，透過電話提交申請。</p> <p>如果您有問題或需要協助填寫此表，請致電 (833) 696-2097 聯絡我們，服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請撥號 711。</p> |

## 參與 Medicare 處方藥付款計劃的條款和條件

### 1. 無費用或利息

Medicare 處方藥付款計劃 (M3P) 不收取任何費用或利息，無需進行信用檢查即可加入此計劃。

### 2. 計劃參與確認

在 Blue Shield of California 審核您的 Medicare 處方藥付款計劃申請表後，我們將向您發送信函，確認您已參與 Medicare 處方藥付款計劃。

### 3. 通知藥房

一旦您被接納參與 Medicare 處方藥付款計劃後，我們將通知藥房您正在使用此付款選項。

### 4. 適用性

此付款選項僅適用於您的選擇得到確認後處理的 Medicare D 部分承保藥物。

### 5. 費用分攤

當您配取符合條件的處方藥時，您在藥房無需支付費用。但是，您仍需承擔與您計劃下 Medicare D 部分福利相關的藥物費用分攤，該費用分攤可以透過每月賬單進行支付。

### 6. 每月賬單

每月，您將收到一份賬單，其中詳細說明您所欠金額、到期日以及如何付款的資訊。當您有欠款時，則需要每月付款，但您可以隨時全額支付欠款。

### 7. 每月付款計算

每月最低付款額（簡稱為「最高月限額」）的計算公式在參與的第一個月與年度剩餘月份之間有所不同。最高月限額的計算包括參與者 D 部分藥物費用（先前發生的費用和新的自付費用）的具體情況、計劃年度剩餘的月份數、以及未付款項。該金額可能因人而異、因月而異，預期在下個日曆年的 1 月 31 日前結清全部欠款。

### 8. 錯過付款和計劃終止

如果您錯過付款，您將收到提醒通知，要求您在付款到期日後 15 個日曆日內付款。在兩個月的寬限期結束後，您將被視為未支付每月賬單金額。如果您在兩個月的寬限期結束時仍未支付賬單，您將被移出 Medicare 處方藥付款計劃。但是，您仍然需要支付所欠金額，並且可能無法重新加入 Medicare 處方藥付款計劃。如果您被移出 Medicare 處方藥付款計劃，**您仍將繼續參保 Medicare 健康或藥物計劃。**

如果個人證明其有充分理由未能在兩個月寬限期內支付計劃賬單金額，並且支付所有逾期賬單金額，則 Blue Shield of California 將恢復其已終止的 Medicare 處方藥付款計劃參與者身份。

### 9. 選擇退出

您可以隨時撥打 833-696-2087 (TTY - 711) 聯絡 Blue Shield of California，以退出 Medicare 處方藥付款計劃。**退出不會影響您的 Medicare 藥物保險和其他 Medicare 福利。**

請記住：

- 如果您仍有欠款未結清，即使您不再參與此付款選項，您也需要支付所欠金額。您將繼續每月收到任何未付金額的賬單，直到您全額結清欠款。
- 您可以選擇一次性支付全部欠款或支付每月賬單。

退出 Medicare 處方藥付款計劃後，您將直接向藥房支付新的自付費用。

## 10. 退保和新入保 Medicare 藥物計劃

如果您因任何原因退出或退保目前的 Blue Shield of California 計劃，或變更為新的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃），並且您仍有欠款未結清，即使您不再參與此付款選項，您也需要支付所欠金額。您將繼續每月收到任何未付金額的賬單，直到您全額結清欠款。退保後，您仍需承擔現有 Medicare 處方藥付款計劃下的應付金額。

如果您想透過新計劃參與 Medicare 處方藥付款計劃，請聯絡您的新計劃。

## 11. 地址更新

SimplicityRx 代表 Blue Shield of California 管理此計劃。您在選擇期間或直接透過 Medicare 處方藥付款計劃付款門戶網站提供的任何聯絡資訊或溝通偏好將僅用於您的 Medicare 處方藥付款計劃項目，可能不會反饋給 Blue Shield of California 以用於其他 Blue Shield of California 溝通。

## 12. 溝通

透過向我們提供您的聯絡資訊，您同意我們透過您提供的任何方式，就有關您的 Medicare 處方藥付款計劃賬戶的重要資訊與您聯絡。此同意允許我們使用簡訊進行資訊和賬戶服務呼叫，但不能用於電話行銷或銷售呼叫。這也可能包括代表我們為您賬戶提供服務的公司進行的聯絡。



## 非歧視通知

歧視屬於違法行為。Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

Blue Shield of California 提供：

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通，例如：
  - ✓ 合格的手語翻譯
  - ✓ 其他格式的書面資訊（大字印刷版、音訊版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語非英語的人士提供的免費語言服務，例如：
  - ✓ 合格的口譯員
  - ✓ 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請使用您會員識別卡背面的電話號碼聯絡 Blue Shield of California 客戶服務部。

如您認為 Blue Shield of California 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011  
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711), 傳真：(844) 696-6070  
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，民權協調員將隨時為您提供協助。

您還可以透過民權辦公室的投訴門戶網站，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生和公共服務部）的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
電話：1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

投訴表格可前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。



## Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية  
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

### ՀԱՅԵՐԵՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

### 中文

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

### हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

### Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

### 日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-776-4466 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

### 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

### ລາວ

ເລື່ອງ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

## ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسي  
توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

## ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

## РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

## українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

## Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.