

Medicare處方藥付款計劃參與申請表

Medicare處方藥付款計劃，是一種適用於您目前藥物承保範圍的付款選項，可幫助您將您的計劃承保藥物的自付費用分攤到整個日曆年度（一月至十二月）進行管理。此付款方式可能有助於您管理自己的費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。

若您透過Medicare的Extra Help或州藥品援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 等計劃來協助支付處方藥物費用，此付款方式可能不是您的最佳選擇。如需更多資訊，請致電Kaiser Permanente。

填寫所有欄位，除非標記為非必填

請註明您當前居住在哪个Kaiser Permanente地區：

☐ 加州 ☐ 科羅拉多州 ☐ 喬治亞州 ☐ 夏威夷州 ☐ 大西洋中部各州 ☐ 內華達州 ☐ 西北部地區 ☐ 華盛頓州

名字： 姓氏： 中間名首字母 (非必填)：

Medicare號碼： Kaiser Permanente醫療／健康記錄號碼：

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)：

市： 縣 (非必填)： 州： 郵遞區號：

郵寄地址，與永久地址不同者才需填寫 (可填寫郵政信箱)：

市： 州： 郵遞區號：

請閱讀並在下方簽名

- 本人了解，此表格乃本人希望加入Medicare處方藥付款計劃的申請書。Kaiser Permanente若需要更多資訊將會與本人聯絡。
- 本人了解，簽署此表格即表示本人已閱讀並了解此表格的內容。
- Kaiser Permanente將通知本人參加Medicare處方藥付款計劃的生效時間。在此之前，本人了解，本人尚未參加Medicare處方藥付款計劃。
- 本人了解，若本人繼續參加相同的健康或藥物計劃，Kaiser Permanente將在每個日曆年度開始時自動續保本人的Medicare處方藥付款計劃參加資格，除非本人聯絡Kaiser Permanente選擇退出計劃。

簽名： 日期：

如果您為其他人填寫此表格，請填寫以下部分。您的簽名證明您已根據州法律獲得授權填寫此參與表格，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：

與參與者的關係：

如何提交此表格

將填妥的表格提交至：

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O.Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

您也可以將填妥的表格傳真或電子郵件至：

傳真：**1-855-355-5334**

電子郵件：**KPMedicareEnrollments@kp.org**

您也可以在網路上造訪kp.org/rxpaymentplan (英文) 填寫參與申請表，或撥打下方為您所在地區列出的電話號碼，以透過電話提交申請。

您可在線上查詢您的申請進度，網址為kp.org/medicare/applicationstatus (英文)。

如果您有任何疑問或在填寫此表格時需要協助，請撥打下方您所在地區的電話號碼，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。聽障及語障電話專線 (TTY) 使用者可撥打**711**。

加州： **1-800-443-0815**

科羅拉多州： **1-800-476-2167**

喬治亞州： **1-800-232-4404**

夏威夷州： **1-800-805-2739**

馬里蘭州/弗吉尼亞州/華盛頓特區： **1-888-777-5536**

內華達州： **1-888-775-7003**

俄勒岡州和華盛頓州西南部： **1-877-221-8221**

華盛頓州： **1-888-901-4600**

(縣：King、Kitsap、Lewis、Pierce、Snohomish、Spokane、Thurston、Grays Harbor (郵遞區號：98541、98557、98559、98568)，以及Mason (郵遞區號：98524、98528、98546、98548、98555、98584、98588、98592))