



Blue Shield of California

An independent member of the Blue Shield Association

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： (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">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。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。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。 | | | |
| 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 | |
| 地址（街 道、城 市、州、 | | | | | |
| 城 | | 州： | | 郵 | |
| 電話 號碼： | () | 與參與者的關 係： | | | |

如何提交此表：

請將填妥的表格提交至：

Blue Shield of California
Mailstop: 1003
MPPP Election Dept.
13900 N. Harvey Ave
Edmond, OK 73013

傳真：440-557-6525

電子郵件：ElectMPPP@RxPayments.com

您也可以在线上填寫此參與申請表：Activate.RxPayments.com，或致電 (833) 696-2087 (TTY: 711)，透過電話提交申請。

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。

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。

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm pab li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau pab ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քնն հասանելի է անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպության հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար կապված է 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայություններ անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี