

參與聯邦保健處方付款計劃申請表

聯邦保健處方付款計劃是一種自願付款選項，適用於您現有的藥物保障範圍，為您在日曆年（1月至12月）內的聯邦保健D部分藥物費用可作分期支付。雖然這種付款方式能助您管理開支，但不會減少您的藥物成本支出。

如果您已透過聯邦保健的額外幫助或州藥品援助計劃（SPAP）等獲得支付處方藥費用，則此付款方式可能並非您的最佳選擇。請致電您的計劃以獲取更多資訊。

請填寫所有欄位，除非標為非必要

名： 姓： 中間名首字母（非必要）：

聯邦保健號碼： _____ CCHP 會員號碼：

出生日期：（MM/DD/YYYY） 電話號碼：
（____/____/____） （____）

永久住址（除非您為無家可歸者，否則請勿填寫郵政信箱號碼）：

城市： 縣（可選）： 州： 郵區號碼：

郵寄地址，如果與您的永久住址不同（允許使用郵政信箱號碼）：
地址： 城市： 州： 郵區：

閱讀下方並簽名

- 我了解此表格是參與聯邦保健處方付款計劃之請求。如果CCHP需要更多資料，可以與我聯絡。
- 我了解簽署此表格即表示我已閱讀並理解此表格。
- **CCHP將向我發送通知，告知我的聯邦保健處方付款計劃何時生效。在此之前，我了解我並非聯邦保健處方付款計劃之參與者。**

簽署： 日期：

如果您為其他人填寫此表格，請填寫以下部分。您的簽署證明您根據州法律有權填寫此表格，並為聯邦保健要求時提供此授權文件。

姓名： 地址（街道、城市、州、郵區號碼）：

電話號碼：（____） 與參與者之關係：

如何提交此表格

您可以在網上、以電話、電郵或郵件提交此申請表。

將填妥之表格寄到：

M3P Program
CCHP Member Services
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

電郵地址：MemberServices@cchphealthplan.com

您都可以在 www.cchphealthplan.com/medicare-prescription-payment-plan 填寫申請表，或致電 1-888-775-7888（聽障專線 1-877-681-8898）申請。

如果您有任何疑問或需要協助填寫此表格，請致電 1-888-775-7888。營業時間為每日早上 8 時至晚上 8 時（10 月 1 日至 3 月 31 日），星期一至五早上 8 時至晚上 8 時（4 月 1 日至 9 月 30 日），聽障專線 1-877-681-8898。

參與聯邦保健處方付款計劃（MPPP）期間：

- (1) 您可以致電 CCHP 會員服務中心自願終止（「選擇退出」）您參與之 CCHP MPPP 計劃。CCHP 將與您一起了解如何支付您的結餘（如有）。
 - a. 您可以全額支付結餘，或 CCHP 繼續按月向您收費。
 - b. 選擇退出後，您將直接向藥房支付任何新的自付費用（OOP）。
- (2) CCHP 向您收取的費用不得超過您計算出的每月最高上限。CCHP 可能不會向您收取遲交罰款、利息或其他費用。
- (3) 如果您未能支付每月之賬單金額，CCHP 可能會終止您的參與。我們將向您發送通知，提醒您終止參與之前需支付每月賬單之金額。
 - a. 寬限期：如果您未能付款，您可以在寬限期內支付所欠費用。請致電我們的會員服務中心以確定您的寬限時間。
 - b. 您必須繼續支付每月賬單，以符合在明年保留計劃資格。
- (4) 如果您退出 CCHP（自願或非自願），您的 CCHP MPPP 計劃亦同時被終止。

- a. 您可以一次過支付全部結餘，或 CCHP 將繼續按月向您收取您在註冊期間所欠的結餘，但不超過根據 CMS 法定公式或計算您取消註冊後的保障年度期間的最高每月上限。
- (5) 如果 CCHP 要求您選擇加入 MPPP 計劃提供其他資料，您必須在 CCHP 請求通知上指定的期限內回覆所要求之所有資料。
 - a. 如果 CCHP 未能及時收到您的資料，您的申請可能會被拒。
- (6) 您可以致電上述所示會員服務中心，就您參與 MPPP 計劃提出申訴或投訴。CCHP 將在收到您的申訴後 30 個日曆日內通知您。及提供相關的解決方案。

華人保健計劃 (CCHP) 是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃及我們雙重特殊需求計劃 (D-SNP) 與加州醫療補助計劃簽有合約。能否招收會員取決於這合約是否獲得延續。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。