



Medicare 處方藥付款計劃 參加申請表

Medicare 處方藥付款計劃是一種自願付款的方式，與您當前的藥物承保配合使用，透過在整個日曆年（1 月至 12 月）分攤費用來幫助您管理您的 Medicare D 部分藥物費用的自付費。這種付款方式可以幫助您管理費用，但它不會為您節省錢或降低您的藥物費用。

如果您透過 Medicare 的額外幫助或州藥物援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 等計劃獲得支付處方藥費用的幫助，則此付款方式可能不是您的最佳選擇。致電給您的計劃以獲取更多資訊。

填寫所有欄目，除非標記為非必填

名字： 姓氏： 中間首字母（非必填）：

Medicare 號碼： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

出生日期：(月月/日日/年年年年)
(/ /) 電話號碼：
()

永久居住街道地址（不要輸入郵政信箱除非您是無家可歸的，否則請填寫）：

城市： 縣（非必填）： 州： 郵政編碼：

通訊地址，如與永久居住地址不同時才需要填寫，（允許郵政信箱）：
地址： 城市： 州： 郵政編碼：

請閱讀並在下方簽名：

- 我了解此表格是參加 Medicare 處方藥付款計劃的申請。
如果 CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 需要更多信息，將與我聯繫。
- 我了解簽署此表格意味著我已閱讀並理解此表格和隨附的情況說明書。
- 當我參與 Medicare 處方藥付款計劃生效時，CalOptima Health OneCare Flex Plus 將向我發送通知，讓我知道。在此之前，我了解我不是 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加表格，並在 Medicare 要求時提供此授權的文件。

姓名： 地址（街道，城市，州，郵政編碼）：

電話號碼：() 與參與者的關係：

如何提交此表格

將您已填妥的表格遞交至：

CalOptima Health OneCare Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

或將此表格傳真至：1-714-246-8711

您也可以上網站：www.caloptima.org/OneCare，在線上填寫參加申請表，或致電我們的免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，透過電話提交您的請求。

如果您有疑問或需要協助填寫此表格，請撥打 電話 **1-877-412-2734(TTY 711)**與我們聯絡，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。請瀏覽我們的網站 www.caloptima.org/OneCare。