

## Medicare 处方支付计划参与申请表

Medicare 处方支付计划是一项自愿参与的付款方案,可与您当前的药物保险配合使用,帮助您将自付的 Medicare D 部分药物费用分摊至整个日历年(1月至12月),从而更好地管理您的支出。**这种付款方式可能有助于您管理开支,但并不会为您省钱或降低您的药物费用。**如果您通过 Medicare 的额外帮助(Extra Help)或州药物援助计划(SPAP)等项目获得处方药费用的资助,那么这种付款方式可能并不是您的最佳选择。如需更多信息,请联系您的保险计划。

请填写所有信息栏,除非其标注为选填。

\_\_\_\_\_  
名字 姓氏 中间名首字母  
(选填)

\_\_\_\_\_  
Medicare 编号(\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_\_) -  
出生日期(月月/日日/年年年年) 电话号码

\_\_\_\_\_  
固定住所街道地址(除非您正经历无家可归,否则请勿填写邮政信箱)

\_\_\_\_\_  
市 县(选填) 州 邮政编码

\_\_\_\_\_  
邮寄地址,如果与您的固定住址不同(允许使用邮政信箱)

\_\_\_\_\_  
市 州 邮政编码

我想参加 Medicare 处方支付计划,时间为:

- 当前计划年度  
 下一个计划年度

## 阅读并在下方签署：

- 我明白，本表格的用途是申请加入 Medicare 处方支付计划。如果需要更多信息，Providence Medicare Advantage Plans 会与我联系。
- 我明白，签署此表格表示我已阅读并理解该表格。
- **Providence Medicare Advantage Plans 将在我正式加入 Medicare 处方支付计划时向我发出通知。**在此之前，我明白我尚未加入 Medicare 处方支付计划。
- 我明白，如果我没有更改我的健康或药品保险计划，则 Providence Medicare Advantage Plans 将在每个日历年伊始，自动为我延续 Medicare 处方支付计划，除非我主动联系 Providence Medicare Advantage Plans 要求退出。

\_\_\_\_\_

签名

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

今日日期

如果您正在为他人填写此表，请填写以下部分。您的签署证明您已根据州法律获得填写此参与表格的授权，并且如果 Medicare 要求，您能够提供相关授权文件。

\_\_\_\_\_

姓名

\_\_\_\_\_

地址(街道、市、州、邮政编码)：

( ) -

\_\_\_\_\_

电话号码

\_\_\_\_\_

与参与人的关系

## 如何提交本表格：

将您填写好的表格提交至：

Capital Rx  
Attn: M3P Elections  
9450 SW Gemini Dr., Suite 87234  
Beaverton, Oregon 97008-7105

选择申请也可以通过电子邮件发送至：[M3P-Election@cap-rx.com](mailto:M3P-Election@cap-rx.com)

您还可以在 Capital Rx Online Portal 网站填写参与申请表：

**[www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P)**，或拨打我们的电话提交申请：**1-855-742-2779 (TTY: 711)** (每周 7 天，每天 24 小时)。

如果您有任何疑问或在填写本表格时需要帮助，请致电 **1-855-742-2779** 与我们联系 (每周 7 天，每天 24 小时)。TTY 用户请拨打 711。