

## 附件 2：联邦医疗保险处方支付计划参加申请表

您是否需要协助来管理您的处方费用？您可以在门户网站中填写此申请表，也可以邮寄以下表格：

### 在线访问表格！

在您的门户网站 MyCHPPortal.com 上填写表格

- 登录门户网站
- 前往“我的计划资源”
- 点击“友情链接”选项卡
- 转至“联邦医疗保险处方支付计划”
- 填写表格并提交

### 请邮寄以下表格！

<b>“联邦医疗保险处方支付计划” 参加申请表</b>			
<p>“联邦医疗保险处方支付计划”是一种基于自愿的支付选项，可与您当前的药品保险配合使用，帮助您通过在整个日历年（1 月至 12 月）分摊您的自付联邦医疗保险 D 部分药品费用，对费用进行管理。该支付选项可能有助于您管理费用，但并不能为您节省金钱或降低您的药品费用。</p> <p>如果您可通过“额外补助”等项目（如：“联邦医疗保险”或“州药品援助项目（SPAP）”）获得支付处方药费用的帮助，则此支付选项可能不是您的最佳选择。如需了解更多信息，请致电您的计划。</p>			
<b>填写所有字段，标记为可选的字段可以不填写</b>			
名字：	姓氏：	中间名首字母（可选）：	
联邦医疗保险编号： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _			
出生日期：（年/月/日）（ / / ）		电话号码：（ )	
永久居住街道地址（除非您没有固定住处，否则请勿填写邮政信箱）：			
城市：	县（可选）：	省/州：	邮政编码：
邮寄地址，如果与您的永久地址不同（允许使用邮政信箱）：			
地址：	城市：	省/州：	邮政编码：
<b>阅读并在下方签名</b>			

- 本人明白，此表格用于申请参加“联邦医疗保险处方支付计划”。如果“Central Health Medicare Plan”需要更多信息，他们将联系本人。
- 本人明白，签署此表格意味着本人已阅读并理解此表格以及随附的条款和条件。
- “Central Health Medicare Plan”将向本人发送通知，让本人知悉本人参加“联邦医疗保险处方支付计划”的生效日期。在此之前，本人明白，本人尚未成为“联邦医疗保险处方支付计划”的参加者。

签名：

日期：

如果您为他人填写此表格，请填写以下部分。您的签名证明，根据州法律，您有权填写本参加表，如果联邦医疗保险要求您提供该权限的证明文件，您可提供该等文件。

姓名：

地址（街道、城市、州、邮政编码）：

电话号码：（      ）

与参加者的关系：

### 如何提交此表格

将您填妥的表格提交至：

ATTN: Central Health Medicare Plan,  
Membership Accounting Department  
PO Box 22800  
Long Beach, CA 90801-9945

您也可以在 [MyCHPPortal.com](http://MyCHPPortal.com) 在线填写参加申请表，或通过电话联系本人们提交您的请求，电话：(866) 314-2427 | TTY: 711。

如果您在填写本表格时有疑问或需要帮助，请致电 (866) 314-2427，10月01日 - 03月31日，当地时间上午8点至晚上8点，每周7天，或04月01日 - 09月30日，周一 - 周五，当地时间上午8点至晚上8点。听障用户可拨打711。

### 提交后，你预期将收到什么？

10 天内，您将收到以下项之一：

- 批准通知，包含您参加的开始日期。
- 提供更多信息的请求；或
- 拒绝请求

请访问 [MyCHPPortal.com](http://MyCHPPortal.com) ，了解更多信息。如果您有疑问或需要帮助，请致电 (866) 314-2427 | TTY: 711。