

## 什么是Medicare处方付款计划?

[Medicare处方付款计划 \(M3P\)](#) 是处方药法中的一项新付款选项,可与您目前的药物承保搭配使用。此选项可将Medicare D部分药物的自付费用分摊到一整年的各个月份(一月至十二月),以协助您管理药物的自付费用。

如果您选择此选项,您将需继续支付您的计划保费(如有)。每个月,您将会收到IEHP寄来的处方药账单,而非在药房付款。参加M3P属于自愿性质且参加无需付费。

此付款选项可能可协助您管理每月开支,但无法为您省钱或降低药物费用。

如果您在日历年初期的药物费用较高,您可能可因使用M3P而受益。虽然您可在一年当中随时使用此付款选项,但越早开始(九月之前)将让您有更多月份可以分摊药物费用。

## 我该如何注册?

有两种方式可以参加:

- 1 [点击此处](#) 填写选择申请表。在表格填妥后,请将表格打印出来并邮寄至IEHP,地址如下

IEHP P.O. Box 1800,  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  
Attn: Pharmacy Dept. MPPP

- 2 致电IEHP会员服务部咨询工作人员,他们可以协助您参加此计划。

请记住,如果您在日历年后期(九月之后)才注册,此付款选项可能不是您的最佳选择。这是因为,随着新的自付药物费用加入您的每月付款中,该年可用于分摊费用的月份也减少了。

**若参保人认为延迟领取处方药可能会危及其生命、健康或恢复身体最佳机能的能力,回溯性选择加入(之后才选择参加Medicare处方付款计划的流程)的标准是什么?**

- 如果同时符合下列两项条件,会员可能有资格回溯性选择加入M3P:
  1. 由于处理加入要求需要24小时,D部分计划参保人认为如果因此在领取处方药时有任何延遲,可能会危及其生命、健康或恢复身体最佳机能的能力。
  2. D部分计划参保人在理赔裁决(即做出具有约束力的正式裁定)日期和时间起的72小时内提出回溯性选择参加的要求。

## 我注册后将会怎样？

在IEHP审查您参加M3P的要求后，您将会收到一封确认您参加的信函。

接着：

- 当您领取属于D部分承保范围的处方药时，IEHP将会自动通知药房您正在参加此付款计划。您将无需在药房付款。
  - 虽然您无需在药房支付药物费用，但该费用仍需由您负担。如果您想在领药之前了解您的药物费用，请致电IEHP或询问药剂师。
- 每个月，IEHP均会寄一份账单给您，上面列有您应支付的处方药金额、缴费期限以及付款方式信息。

## 此计划对我有帮助吗？

这取决于您的需求。请记住，虽然此付款选项可能可协助您管理每月开支，但此计划无法为您省钱或降低您的药物费用。

如果您在日历年初期的药物费用较高，您十分有可能因使用M3P而受益。虽然您可随时开始使用此选项，但在一年当中越早开始（如九月之前）将让您有更多月份可以分摊药物费用。如果您对M3P有疑问，请访问 [medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me)。了解您是否可能因使用此付款选项而受益。

如果您有以下情况，此付款选项可能不是您的最佳选择

- 您每年的药物费用很低。
- 您的药物费用每个月皆相同。
- 您考虑在年末（九月之后）才注册。
- 您不想改变目前支付药物费用的方式。
- 您正在领取或符合资格领取Medicare的额外补助（Extra Help）。
- 您正在参加或符合资格参加Medicare Savings Program。
- 您从其他组织获得支付药物费用的补助，例如州政府药品援助计划（State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP）、优惠券计划或其他健康承保。

## 我该如何支付账单？

您可以将付款邮寄至 MedImpact M3P Lockbox，地址如下

**MPPP Invoice Payments**  
**P.O. Box 78028**  
**Milwaukee, WI 53278-8028**

## 如果我没有支付账单会怎样？

您仍需支付您的应缴金额，但即使延迟付款，您也无需支付任何利息或费用。您可选择一次付清所有欠款，也可以每月按账单付款。如果您被Medicare处方付款计划除名，您仍可继续参保IEHP。

如果您认为您的账单有误, 请致电您的计划。如果您认为账单有误, 您有权依照会员手册或承保证明中所述的申诉流程处理。

## 我该如何退出?

您可以随时联络IEHP以退出Medicare处方付款计划。退出将不会影响您的Medicare药物承保及其他Medicare福利。请注意:

1. 如果您仍有欠款余额, 即使您不再参加, 您仍需支付您的应缴金额。
2. 您可选择一次付清所有余额, 也可以每月按账单付款。
3. 退出M3P后, 您将需直接向药房支付新的自付药物费用。

## 计划计算示例

示例 1: 从一月开始使用, 年初药物费用较高

月份	您的药物费用 (没有使用此付款选项)	您的每月付款 (使用此付款选项)	备注
一月	\$500	\$166.67	这是您开始参加此付款选项的时间。请记住, 您第一个月的账单是根据“可能的最高付款额”计算。您的账单在该年度剩余月份的计算方式会有所不同。
二月	\$500	\$75.76	
三月	\$500	\$125.76	
四月	\$500	\$181.31	您在本月份达到年度自付上限(2025年为\$2,000)。您在该年度剩余时间将不会有新的自付药物费用。
五月	\$0	\$181.31	
六月	\$0	\$181.31	*您每个月仍会领取\$500的药物, 但由于您已达到年度自付上限, 因此您在该年度剩余时间将不会再增加任何新的自付费用。您将继续支付您已积欠的费用。
七月	\$0	\$181.31	
八月	\$0	\$181.31	
九月	\$0	\$181.31	
十月	\$0	\$181.31	
十一月	\$0	\$181.31	
十二月	\$0	\$181.31	
<b>总金额</b>	<b>\$2000</b>	<b>\$2000</b>	<b>即使您不使用此付款选项, 您仍需为该年度支付相同的总金额。</b>

如果您担心从一月至四月每月需支付\$500, 此付款选项将可协助您管理您的费用。如果您希望连续4个月每月支付\$500, 然后在该年度的剩余时间支付\$0, 此付款选项可能不适合您。请与您的健保计划或药物计划联络以获得个性化协助。

示例 2: 从一月份开始, 全年费用保持一致

备注	您的药物费用 (没有使用此付款选项)	您的每月付款 (使用此付款选项)	备注
一月	\$80	\$80	这是您开始使用此付款选项的时间。请记住, 您第一个月的账单是根据“可能的最高付款额”计算。我们会以不同方式计算您在该年度剩余月份的账单。
二月	\$80	\$7.27	
三月	\$80	\$15.27	
四月	\$80	\$24.16	
五月	\$80	\$34.16	
六月	\$80	\$45.59	
七月	\$80	\$58.93	
八月	\$80	\$74.92	
九月	\$80	\$94.93	
十月	\$80	\$121.59	
十一月	\$80	\$161.59	
十二月	\$80	\$241.59	
<b>总金额</b>	<b>\$960</b>	<b>\$960</b>	<b>即使您不使用此付款选项, 您仍需为该年度支付相同的总金额。</b>

视您的情况而定, 由于从九月份开始需支付的款项较高, 因此您可能无法因使用此付款选项而受益。请与您的健保计划或药物计划联络以获得协助。

示例 3: 从四月份开始参加, 全年费用有所变动。

月份	您的药物费用 (没有使用此付款选项)	您的每月付款 (使用此付款选项)	备注
一月	\$4	\$4*	*在您开始参加Medicare处方付款计划之前, 您直接向药房支付这些款项。
二月	\$4	\$4*	
三月	\$4	\$4*	
四月	\$617	\$220.89	这是您开始使用此付款选项的时间。请记住, 您第一个月的账单是根据“可能的最高付款额”计算。我们会以不同方式计算您在该年度剩余月份的账单。
五月	\$4	\$50.01	
六月	\$4	\$50.59	

七月	\$124	\$71.25	在本月份,除了\$4的药物之外,您还需要一项\$120的药物。按照我们在五月份使用的相同计算方式,由于您在一年当中的药物费用增加了,但可用于分摊费用的剩余月份减少了,因此您的付款金额将会增加。
八月	\$4	\$72.05	
九月	\$4	\$73.05	
十月	\$124	\$114.39	在本月份,除了\$4的药物之外,您还需要一项\$120的药物。按照我们在五月份使用的相同计算方式,由于您在一年当中的药物费用增加了,但可用于分摊费用的剩余月份减少了,因此您的付款金额将会增加。
十一月	\$4	\$116.39	
十二月	\$4	\$120.38	
<b>总金额</b>	<b>\$901</b>	<b>\$901</b>	<b>即使您不使用此付款选项,您仍需为该年度支付相同的总金额。</b>

如果您担心在四月要支付\$617,此付款选项将可协助您将您的费用分摊到每月付款中,每月付款金额全年会有所不同。如果您担心在该年度的后期需支付较高费用,此付款选项可能不适合您。请与您的健保计划或药物计划联络以获得个性化协助。

## 我该如何对D部分承保药物的分摊费用提出争议?

您有权对此决定提出上诉。

您有权在本通知日期起的65个日历日内向我们申请上诉,要求我们审查我们的决定。如果您在65天后申请上诉,您必须说明为何您延迟提出上诉。

您或您的处方医疗服务提供者有权向我们申请特殊类型的上诉,称为“**例外处理**”。您的处方医疗服务提供者必须提供一份声明,以作为您例外处理要求的佐证。例外处理的示例包括:

- **处方集例外处理:** 您需要未列于我们承保药物清单(处方集)中的药物。
- **承保规定例外处理:** 您认为承保规定(如事先授权或药量限制)因医疗理由而不应用于您。
- **层级例外处理:** 您需要服用属于较高分摊费用层级的非首选药物,而您希望本计划能以较低的分摊费用金额承保该药物。

## 哪些人可以申请上诉?

您、您的处方医疗服务提供者或代表均可申请上诉。您可指定一名亲戚、朋友、辩护人、律师、医生或其他人担任您的代表。可能已有其他人根据州法律授权担任您的代表。若要了解如何指定代表,请致电 **1-877-273-IEHP (4347)**。与我们联络。TTY使用者请致电: **1-800-718-4347**。

## 与您上诉权利有关的重要信息

上诉有两种类型：标准或特急（快速）。

**标准上诉：**您将在7天内收到书面决定（或者如果您的上诉是与您已经获得之药物的付款有关，则为14天）。

**特急上诉：**您将在72小时内收到书面决定。

- 若您或您的处方医疗服务提供者认为等待标准决定可能会使您的健康严重受损，您可申请特急（快速）上诉。
- 如果您要求我们偿还您已获得之药物的费用，则您不得申请特急上诉。
- 如果您的处方医疗服务提供者代您申请特急上诉（或为您的要求提供佐证），并表示等待标准决定可能会使您的健康严重受损，我们将会自动以特急方式处理您的上诉。如果您在没有处方医疗服务提供者佐证的情况下申请特急上诉，我们将会判定您的健康状况是否需要进行治疗。如果我们没有为您进行特急上诉，我们将会按照标准上诉的方式处理。

## 如何申请上诉

若要申请标准上诉：您可通过电话、传真、在线或寄信至下列地址等方式提出上诉。

地址：  
**IEHP DualChoice  
Grievance Department  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA  
91729-1800**

电话：**1-877-273-IEHP (4347)**

TTY：**1-800-718-4347**

传真：**(909) 890-5748**

在线：**www.iehp.org**

若要申请特急（快速）上诉，最快的方式是电话申请：

电话：**1-877-273-IEHP (4347)**

TTY：**1-800-718-4347**

### 上诉要求中应包含哪些信息

- 您的姓名、地址及电话号码
- 您要提出上诉的理由
- 您想附上作为您个案佐证的任何证据
- 处方医疗服务提供者提供的佐证声明

## 接下来的流程是什么

在您提出上诉后，我们将会审查您的个案并为您做出决定。若您申请的任何一项药物仍然遭到拒绝，您可申请下一级上诉，下一级上诉是由本计划外的审查人员针对您的个案进行独立审查。如果您对该决定有异议，您将有权提出进一步上诉。如果发生此情况，您将会接获上诉权利的通知。

## 获得协助及更多信息

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 使用者请致电: 1-877-486-2048
- Medicare 权利中心: 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)
- 老年人护理查询中心: 1-800-677-1116 或 [eldercare.acl.gov/public/index.aspx](http://eldercare.acl.gov/public/index.aspx) 以查找位于您社区的协助
- 州政府健康保险计划: 请致电州政府健康保险协助计划, 以获得免费、个性化的健康保险咨询。请访问 [SHIPhelp.org](http://SHIPhelp.org) 或致电 1-877-839- 2675 以查询您当地州政府健康保险协助计划 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 的电话号码。

如果您对此决定有任何疑问或意见, 请致电 1-877-273-IEHP (4347) 与IEHP DualChoice会员服务部联络。服务时间为每周七天, 上午8点至晚上8点(太平洋标准时间), 包括节假日。TTY使用者请致电 1-800-718-4347。