

## 有限收入新合格過渡 (LI NET) 計劃的直接報銷請求

### 什麼是有限收入新合格過渡 (LI NET) 計劃？

LI NET 是一項 Medicare 計劃，為有資格獲得低收入補貼 (LIS) 或「額外幫助」但沒有處方藥承保的 Medicare 參與者提供臨時處方藥承保。

### 人們加入 LI NET 計畫的方式：

- 由 Medicare 和醫療補助服務中心 (CMS) 自動註冊
- 藥局銷售點登記
- LI NET 申請表
- <LI NET sponsor name> 收到您的直接報銷請求

### 我什麼時候應該使用這個表格？

如果您有資格獲得低收入補貼並提交收據以請求報銷您自付費用的處方藥，請使用此表格。

### 填寫此表格需要什麼？

- 您的 Medicare 號碼（紅、白、藍 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址\*和電話號碼
- 收據

### 接下來發生什麼？

透過郵寄方式將資訊發送至<LI NET sponsor address>、傳真至<LI NET sponsor fax number>或透過電子郵件發送至<LI NET sponsor email address>。

<LI NET sponsor name> 有 14 個日曆日的時間回覆您的請求是否符合報銷資格，包括拒絕請求的原因（如果適用）。

如果<LI NET sponsor name> 批准您的請求，它將：

- 在確定您的索賠符合報銷條件後 30 天內向您發送報銷支票
- 追溯註冊您加入 LI NET 計畫。

### 如需有關此表格的協助

請致電 LI NET 幫助台 <LI NET sponsor phone number>。TTY 使用者可以撥打<phone number/TTY>。

前往<LI NET sponsor website>。

或，致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶可以撥打 1-877-486-2048。

**En español:** Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 如果您無家可歸

- \*如果您想獲得報銷並加入 LINET，但沒有永久居住地，您可以列出郵政信箱、避難所或診所的地址，或者您收到郵件的地址（例如您的社會安全支票）作為您的永久居住地址。

#### PRA 公開聲明

醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 從醫療保險贊助商收集信息，以追蹤受益人登記情況、改善護理以及支付醫療保險福利。《社會安全法》第 1860D-1 條和 42 CFR §§ 423.30 和 423.32 授權收集此類資訊。CMS 可以使用、公開和交換 Medicare 受益人的登記數據，如記錄系統通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中指定的。您對此表的回覆是自願的。然而，未能回應可能會影響計劃的註冊。根據 1974 年《隱私 權法》，所獲得的任何個人識別資訊將在法律範圍內保密。

根據 1995 年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-1441。完成此資訊所需的時間估計為每次回應平均 15 分鐘，包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對預計時間的準確性有任何意見或對改進此表格有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850。

請勿向 PRA 報告審批辦公室發送申請、索賠、付款、醫療記錄或任何包含敏感資訊的文件。請注意，任何與本表中列出的相關 OMB 控制編號批准的資訊收集負擔無關的信件將不會被審查、轉發或保留。如果您對在哪裡提交文件有疑問或疑慮，請參閱本頁的「有關此表格的幫助」，將填妥的表格發送給 LI NET 贊助商。

第 1 部分			
名：		姓： 中間名首字母（可選）：	
出生日期：(MM/DD/YYYY) (     /     /     )		性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性      電話號碼： (     )	
永久居住街道地址 (不要輸入郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能被視為您的永久居住地址。)：			
城市：		縣（可選）：	州： 郵遞區號：
郵寄地址，如果與您的永久地址不同（允許郵政信箱）： 街道地址：			
城市：		州：	郵遞區號：
您的 Medicare 信息：			
Medicare 號碼：                      - - - - - - - - - -			
資料提交者： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 護理人員/病患權益倡導者 <input type="checkbox"/> 其他			
姓名（如果不是擁有 Medicare 的人）：			
電話號碼：(     )			

提供自付費用的收據副本、藥房列印或報銷付款證明。

您可以選擇在申請中提供其中一份文件以支援資格驗證。該文件可能包括：

- (A) 您的醫療補助卡副本
- (B) 由國家或社會安全管理局出具的證明您的低收入補貼 (LIS) 或「額外幫助」狀態的信函副本
- (C) 您致電州 Medicaid 機構以核實您的 Medicaid 承保範圍的日期、核實 Medicaid 期限的州工作人員的姓名和電話號碼，以及電話中確認的 Medicaid 資格日期
- (D) 您所在州的文件副本，確認您的醫療補助狀態已啟動
- (E) 您所在州的醫療補助系統顯示您的醫療補助狀態的螢幕列印
- (F) 來自藥房的證明，證明他們向 Medicaid 開出帳單並且 Medicaid 已向其付款
- (G) 加入其他福利的文件，例如補充保障收入 (SSI)

## 第 2 部分（可選）

回答這些問題是你的選擇。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔嗎？選擇所有符合條件的。

- ☐ 否，不是西班牙裔、拉丁裔或原西班牙裔
- ☐ 是的，波多黎各裔
- ☐ 是的，另一個西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔
- ☐ 我選擇不回答。
- ☐ 是的，墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- ☐ 是的，古巴裔

你的種族是什麼？選擇所有符合條件的。

- ☐ 美洲印地安人或阿拉斯加原住民
- ☐ 黑人或非裔美國人
- 亞洲人：
  - ☐ 印度人
  - ☐ 中國人
  - ☐ 菲律賓人
  - ☐ 日本
  - ☐ 韓國人
  - ☐ 越南人
  - ☐ 其他亞洲人
- 夏威夷原住民和太平洋島民：
  - ☐ 關島人或查莫羅人
  - ☐ 夏威夷原住民
  - ☐ 薩摩亞人
  - ☐ 其他太平洋島民
- ☐ 白種人
- ☐ 我選擇不回答。

如果您希望我們以英語以外的語言向您發送訊息，請選擇下面的語言。

- ☐ *[LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]*

如果您希望我們以易於存取的格式向您發送訊息，請選擇一項。

- ☐ 盲文
- ☐ 大字體
- ☐ 音訊CD
- ☐ 資料CD

如果您需要除上面列出的以外的可訪問格式的信息，請通過 < LI NET sponsor phone number > 聯繫 < LI NET sponsor name >。我們的辦公時間是 < LI NET sponsor's days and hours of operation >。TTY 使用者可以撥打 < TTY number >。

我想透過電子郵件取得以下資料。選擇一個或多個。

*[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*

電子郵件地址：