**PFFS 計劃個人參保申請表範本（「選擇表」may also be used）**

參考章節：10, 20.4, 40.1, 40.2

**（修訂版 1，發行日期：2017 年 6 月 15 日；生效/實施日期：2018 年 4 月 1 日）**

若您需要另一種語言或格式（盲文）編寫的表格，請聯絡 <plan name>。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **若要参保 <plan>，請提供以下資訊：** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans:***請勾選您要參加的計劃：**  產品 ABC 每月 $XX 產品 XYZ 每月 $XX] | | | | | | | |
| 姓： 名： 中間名縮寫 | | | | | | 先生 夫人  女士 | |
| 出生日期：  （\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_）  （月/日/年） | 性別：  男  女 | | 住宅電話號碼：  ( ) | | | [*可選欄位]*：備用電話號碼：] | |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | | | |
| 城市： | | [*可選欄位：*郡：] | | | 州： | | 郵遞區號： |
| **郵寄地址**（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | | | |
| [*可選欄位*：**緊急聯絡人：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*可選欄位：* **電子郵件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **請提供您的 Medicare 保險資訊** | | | | | | | |
| 請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部分。   * 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。     － 或 －   * 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。 | | | | 姓名（如您 Medicare 卡上所示）：  Medicare 號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  有權享有： 生效日期：  住院保險（A 部分）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  醫療保險（B 部分）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  您必須擁有 Medicare A 部分及 B 部分，才能參加 Medicare Advantage 計劃。 | | | |
| [***Zero premium MA-only plans omit this section***:  **支付您的計劃保費** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert***: 若我們確定您需繳納逾期參保罰金（或若您目前有欠付的逾期參保罰金），我們需要知道您想如何支付。您可以每月<***insert optional intervals, if applicable, for example* **「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods:***「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>支付。 您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票自動扣繳保費。若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或鐵路職工退休委員會收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***: 您可以每月**<*insert optional intervals, if applicable, for example* **「或每季度」>透過郵寄、<***insert optional methods*: **「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳計劃保費**[*MA-PD plans with premium insert:***（包括您已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金）**]。 **您也可以選擇每月透過社會保險或鐵路職工退休委員會福利支票自動扣繳保費。**  [*MA-PD plans with premiums insert:***若經評估您被認為需繳納 D 部分按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票中扣除，或直接由 Medicare 或鐵路職工退休委員會收取。請勿向 [*insert appropriate plan and/or organization name]* 支付 D 部分按收入每月調整保費 (IRMAA)。]**  收入有限的人士可能有資格獲得額外補助，以支付其處方藥費用。若符合資格，Medicare 將可替您支付 75% 或以上的藥費，包括處方藥月繳保費、年度自付扣除金，以及共同保險。此外，符合條件的人士將不受承保範圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格申請這些補助，但卻一無所知。有關該額外補助的細節，請聯絡您的當地社會保障局，或撥打社會保障局電話：1-800-772-1213。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 在線申請額外補助  若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥保險費用的額外幫助，則 Medicare 將支付您的全部或部分保費。如果 Medicare 只支付部分保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。  如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單<*optional language in place of “bill each month*”:「兌換券」或「支付簿」>。  **請選擇一項保費付款方式：**  收取賬單<option: 「兌換券」、「支付簿」等>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card as follows:*  每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：  帳戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  銀行代碼：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 銀行帳號：\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  賬戶類型： 支票賬戶  儲蓄賬戶  信用卡。 請提供以下資訊：  信用卡類型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  信用卡上的賬戶持有人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  賬號︰\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  終止日期：\_ \_ /\_ \_ \_ \_ （月/年）]  每月自動從您的社會保險/鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險  RRB  （扣繳可能需要在社會保險/RRB 批准後兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。）] | | | | | | | |
| **請閱讀和回答以下重要問題：** | | | | | | | |
| 1.您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是  否  若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，**請附上**醫生提供的**說明或記錄**，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。 | | | | | | | |
| [*PFFS-PD plans insert:*  2.有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。  您是否擁有除了 <PFFS plan> 之外的其他處方藥保險？ 是  否  若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID) 號碼：  其他保險的名稱用於該保險的 ID 號碼：用於該保險的團體號碼：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| 3.您或您的配偶是否有工作？ 是  否 | | | | | | | |
| [*可選欄位：***請告知我們您的主治醫師 (PCP) 的姓名：**  醫師姓名： **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 電話號碼： **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**] | | | | | | | |
| [*可選欄位：***請告知我們您的首選醫院、診所或健康中心名稱：**  名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| **若您希望我們以英文以外的語言或其他格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：**  <include list of available languages>  <include list of other formats (like Braille, audio tape, or large print)>  若您需要以上所列之外的其他語言或格式的資訊，請撥打 <phone number> 聯絡 <plan name>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Description: image of stop sign  **請閱讀以下重要資訊：** |
| [*All PFFS plans insert:* <Plan name> 是一項 Medicare Advantage Private Fee-for-Service 計劃，其運作方式與 Medicare 補充計劃及其他 Medicare Advantage 計劃不同。您的醫生或醫院不一定要同意接受計劃的條款與條件，並可選擇不為您提供治療（緊急情況除外）。您應在每次就診前確認提供者是否接受 <plan name>。提供者可從我們的網站瞭解計劃的條款與條件：<insert link to PFFS terms and conditions>。]  [*All PFFS plans insert, except for cases in which* *beneficiary is switching from one PFFS plan to another PFFS plan offered by the same MAO*:<plan name> 收到您的參保表後，計劃代表將致電聯絡您。此次致電旨在確保您瞭解 Private Fee-for-Service 的運作方式及確認您參保 <plan name> 的意向。若 <plan name> 無法透過電話聯絡到您，則會向您寄送一封載有類似資訊的信函。]  [*PFFS-PD plans insert:* 若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PFFS-PD Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PFFS-PD Name> 可能會改變您現有保險的運作方式。若您加入 <plan name>，您或您的受撫養人可能會完全喪失其他健康或藥物保險並且無法恢復。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。若沒有關於聯絡人的任何資訊，您的福利管理人員或回答保險相關問題的辦事處可以提供幫助。] |

|  |  |
| --- | --- |
| **請閱讀並簽署以下內容** | |
| **填寫此註冊申請，表示我同意以下內容：**  <Plan Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Private Fee-For-Service 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部分和 B 部分資格。我瞭解，本計劃是一項 Medicare Advantage Private-Fee-For-Service 計劃，並且我一次僅可參保一項 Medicare 保健計劃。我瞭解，參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 保健計劃[*PFFS w/PD insert*「或處方藥計劃」]的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。[*PFFS w/o PD only plans insert:*「我瞭解，此計劃不提供 Medicare 處方藥保險，因此我可以透過其他 Medicare 處方藥計劃獲得承保。若我沒有 Medicare 處方藥保險或有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 的相若），將來我參保 Medicare 處方藥保險時可能須支付逾期參保罰金。」]參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放註冊的某些時間（例如，每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度參保期），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。  <Plan name> 是一項 Medicare Private Fee-For-Service 計劃，其運作方式與 Medicare 補充計劃及其他 Medicare Advantage 計劃不同。<Plan name> 將取代 Medicare 進行付費，並且我需負責支付 <plan name> 未給付的金額，如定額手續費和共同保險。如果我參保 <plan name>，Original Medicare 將不會支付我的醫療保健費用。  在向提供者求診前，我應確認提供者是否接受 <plan name>。我瞭解，我的醫療服務提供者有權在我每次求診時選擇是否接受 <plan name> 的付款條款與條件。我瞭解，如果我的提供者不接受 <plan name>，我將需要尋找另一位接受 <plan name> 的提供者。  <Plan name> 服務於特定服務區。若我遷出 <plan name> 服務區，我需要通知 <plan name> 以便退出計劃並在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 <plan name> 的會員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 <plan name> 的[insert either 會員手冊 or 承保範圍說明書文件]後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Private Fee-For-Service 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。我理解，除美國邊界附近的有限範圍之外，身在國外的 Medicare 計劃成員通常無法獲得 Medicare 保險。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <plan name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <plan name>，可能會向他/她支付費用。  **資訊披露：** 加入此 Medicare 保健計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，該 Medicare 保健計劃在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我還確知，<plan name> 將向 Medicare 披露我的資訊 [**PFFS-PD plans insert:**（包括我的處方藥事件資料）]，而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。  我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。如由授權人士簽署（如上所述），此簽名確認：1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | |
|  | |
| ***簽名：*** | ***今日日期：*** |
| *若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：*  ***姓名：*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***電話號碼：*** *(\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_*  ***與參保者的關係*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

**僅限辦事處使用**：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP：\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_ 不符合資格：\_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]