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

參考章節：10, 40.1, 40.2, 50.1

**（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 may omit this section***:  **支付您的計劃保費** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert the following***: 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 (RRB) 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 RRB 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 premiums insert:***（包括您當前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 (RRB) 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 RRB 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 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付扣除金和共同保險。另外，符合資格的人士將不受承保範圍缺口或逾期參保罰金的限制。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。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或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。 | | | | | | | |
| [*MA-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 <MA 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.您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 是  否  若選擇「是」，請提供以下資訊：  機構名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  機構的地址和電話號碼（門牌號碼和街道）：\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 4.您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是  否  若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 5.您或您的配偶是否有工作？ 是  否 | | | | | | | |
| [Special Needs Plans insert question(s) regarding the required special needs criteria (i.e.「您是否住在長期護理機構」 or 「您是否患有糖尿病？」] | | | | | | | |
| [*可選欄位：***請選擇主治醫師 (PCP)、診所或健康中心的名稱：** ] | | | | | | | |
| **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>。 | | | | | | | |

[***Following box required only for MA-PD plans*:**

|  |
| --- |
| Description: image of stop sign  **請閱讀以下重要資訊：** |
| **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <MA-PD Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您加入 <MA-PD name>，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。** 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 Advantage 計劃。本人必須持續投保 Medicare Part A 和 Part B。本人一次僅可投保一項 Medicare Advantage 計劃，並且本人理解投保此計劃將自動終止投保其他 Medicare 保健計劃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。[***MA-only plans insert*:**我瞭解，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，每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。  <Plan name> 服務於特定服務區。若我遷出 <plan name> 服務區，我需要通知計劃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 Medicare Advantage 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，從 <plan name> 保險生效的日期開始，我所有的醫療保健服務皆須自 <plan name> 取得，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。[*PPOs use the following in place of the first sentence:* 「我瞭解，從 <plan name> 保險生效的日期開始，使用網絡內服務可能比使用網絡外服務費用更低，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。如果屬於醫療必需，<plan> 會為所有承保福利提供退款，即使我從網絡外獲取服務亦不例外。」]<plan name> 授權的服務及 <plan name> 承保範圍說明書文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的其他服務皆在承保範圍內。未經授權，**MEDICARE 或 <plan name> 均不會為服務付費**。  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，<plan name> 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 [***MA-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。若由授權代表（如上所述）簽名，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*]