

# 圖表 1：參加醫療保險優勢計劃（C 部分）或醫療保險處方藥計劃（D 部分）的個人參保申請表範本

## 誰可以使用此表格？

擁有醫療保險（Medicare）且想要加入醫療保險優勢（Medicare Advantage）計劃或 Medicare 處方藥計劃的人

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或合法居住在美國
- 居住在該計劃的服務區內

**重要提示：**要加入 Medicare Advantage 計劃，您還必須同時擁有：

- Medicare A 部分（醫院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

**重要提示：**要加入 Medicare 處方藥計劃，您還必須擁有以下一項或兩項：

- Medicare A 部分（醫院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

## 我什麼時候使用這個表格？

您可以加入計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（適用於 1 月 1 日開始的承保）
- 首次獲得 Medicare 後 3 個月內
- 在某些情況下您可以加入或切換計劃

請上網 Medicare.gov 了解有關何時可以註冊計劃的更多資訊。

## 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

**注意：**您必須完成第 1 部分中的所有項目。第 2 部分中的項目是可選的——您不會因為不填寫這些項目而被拒絕承保。

## 溫馨提示：

- 如果您想在秋季開放註冊期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入一個計劃，該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計劃將向您發送一份計劃保費帳單。您可以選擇註冊從您的銀行帳戶或每月的社會安全（或鐵路退休委員會）福利中扣除您的保費。

## 接下來發生什麼事？

將您填寫完畢並簽名的表格寄至：

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

一旦他們處理了您的加入請求，他們就會與您聯繫。

## 我如何獲得有關此表格的協助？

透過 <phone number> 致電 <Plan Name>。TTY 用戶可以撥打 <phone number>。

或者，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 <Plan 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.

## 無家可歸的個人

- 如果您想加入計劃但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵（例如社會安全支票）的地址可能會被視為您的永久居住地址。

## 第 1 部分 – 此頁面上的所有欄位均為必填欄位 ( 除非標記為選填 )

選擇您要加入的計劃：

☐ 產品 ABC – 每月 \$XX

☐ 產品 XYZ – 每月 \$XX

名字： 姓氏： [Optional：中間名首字母]：

出生日期：( 月/日/年 )

性別：

電話號碼：

( \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ )

☐ 男 ☐ 女

( \_ \_ \_ \_ )

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，郵政信箱可能會被視為您的永久居住地址。 )：

城市：

[Optional：縣]：

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：

### 您的醫療保險資訊：

醫療保險號碼：

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### 回答這些重要問題：

[MA-PD / PDPs Insert：

除了<計劃>之外，您還有其他處方藥承保 ( 如 VA、TRICARE ) <Plan>？ ☐ 是 ☐ 否

其他保險名稱：

此保險的會員編號：

此保險的團體編號

\_\_\_\_\_ ]

[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]

### 重要提示：閱讀並簽署以下內容：

- [MA plans insert：我必須保留醫院 ( A 部分 ) 和醫療 ( B 部分 ) 才能留在 <Plan Name> 。]
- [Part D plans insert：我必須保留醫院 ( A 部分 ) 或醫療 ( B 部分 ) 才能留在 <Plan Name> 。]
- 透過加入此 Medicare Advantage [或 Medicare 處方藥] 計劃，我承認 <Plan Name> 將與 Medicare 共享我的信息，Medicare 可能會使用這些信息來跟踪我的投保情況、付款以及用於授權的聯邦法律允許的其他目的該資訊的收集 ( 請參閱下面的《隱私權法聲明》 )。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。
- 我了解我一次只能註冊一個 MA 或 D 部分計劃 - 並且註冊此計劃將自動結束我在另一個 MA 或 D 部分計劃的註冊 ( MA PFFS、MA MSA 計劃例外 )。
- [MA plans insert：我了解，當我的 <Plan Name> 承保開始時，我必須從 <Plan Name> 獲得所有醫療和處方藥福利。 <Plan Name> 提供的以及包含在我的 <Plan Name> 「承保範圍證據」文件 ( 也稱為會員合約或訂戶協議 ) 中的福利和服務將受到承保。 Medicare 和 <Plan Name> 均不會支付未承保的福利或服務。]
- 據我所知，此登記表上的資訊是正確的。我了解，如果我故意在此表格上提供虛假信息，我將被從計劃中除名。
- 我瞭解，我在本申請表上的簽名 ( 或合法授權代表我行事的人的簽名 ) 意味著我已閱讀並理解本申請表的內容。如果由授權代表簽署 ( 如上所述 )，則該簽名證明：
  - 1) 此人根據州法律獲得授權來完成此登記，並且
  - 2) 可根據 Medicare 的要求提供此授權的文件。

簽名：

今天的日期：

如果您是授權代表，請在上面簽名並填寫以下欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與登記者的關係：

## 第 2 部分 – 本部分中的所有欄位都是可選的

回答這些問題是您的選擇。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。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 不，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔   | <input type="checkbox"/> 是的，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是的，波多黎各人            | <input type="checkbox"/> 是的，古巴人               |
| <input type="checkbox"/> 是的，另一個西班牙裔、拉丁裔或西班牙裔 |   |
| <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。             |   |

你的種族是什麼？選擇所有符合條件的。

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

你的性別是？選擇一個。

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女性  | <input type="checkbox"/> 我使用不同的術語：_____ |
| <input type="checkbox"/> 男性  | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答         |
| <input type="checkbox"/> 非兩性 |   |

下列哪一項最能代表您對自己的看法？選擇一個。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀或男同性戀        | <input type="checkbox"/> 我使用不同的術語：_____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，即不是男同性戀或女同性戀 | <input type="checkbox"/> 我不知道           |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀              | <input type="checkbox"/> 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，請選擇一項。

☐ *Plans insert the languages required in your 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

如果您需要其他無障礙格式的信息，請透過 <phone number> 聯絡 <plan name> 比上面列出的內容。我們的辦公時間為 <insert days and hours of operation>。TTY 使用者可以撥打 <TTY number>

你有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

您的配偶有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

列出您的主要保健醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我想透過電子郵件取得以下資料。選擇一個或多個。

☐ *[Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*

電子郵件地址：

### 支付您的計劃保費

[Plans with premiums insert：您可以透過郵件支付每月計劃保費 [ MA-PD plans with premiums insert：（包括您目前擁有或可能欠下的任何逾期投保罰款）] <insert optional methods： "電子資金轉賬(EFT)"、 "信用卡" > 每月 <insert optional intervals, if applicable, for example "或每季" >。您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路退休委員會 (RRB) 福利中自動扣除保費來支付保費。]

[MA-PD plans with premiums insert：如果您必須支付 D 部分收入相關每月調整金額 ( D 部分-IRMAA )，您必須在計劃保費之外支付這筆額外金額。請勿支付 [insert appropriate plan and/or organization name] D-IRMAA 部分。]

### 僅適用於幫助登記者填寫此表格的個人

如果您是幫助登記者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：\_\_\_\_\_ 與登記者的關係：\_\_\_\_\_  
簽名：\_\_\_\_\_ 國家生產者編號（僅限代理商/經紀人）：\_\_\_\_\_

[optional space for other administrative information needed by plan]

#### 隱私權法聲明

醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 從醫療保險計劃收集信息，以追蹤醫療保險優勢 (MA) 計劃的受益人註冊情況、改善護理以及支付醫療保險福利。《社會安全法》第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集此類資訊。CMS 可以使用、揭露和交換記錄系統通知 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中指明的 Medicare 受益人的登記資料。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。