**PDP 參保表範本**

**（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）**

**[Logo/Name of the Medicare Drug Plan]**

**<PDP Name>** Medicare 處方藥計劃個人參保表

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 <PDP name>，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：  ( ) |
| 永久居住地址（不允許使用郵政信箱）： | | | | | |
| 城市： | | | | 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： | | | | | |
| **緊急聯絡人：** [可選欄位] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **電話號碼**： [可選欄位]\_\_\_\_\_\_\_\_ **與您的關係：** [可選欄位] \_\_\_\_\_ | | | | | |
| [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 部分或 B 部分（或兩者皆有），才能參加 Medicare 處方藥計劃。 | | |

|  |
| --- |
| **支付您的計劃保費** |
| **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（包括您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。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或鐵路職工退休委員會福利支票中扣除，或直接由 Medicare 收取。請勿向 <PDP name> 支付 D 部分 IRMAA 額外保費。**  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*>  <*Include other optional 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福利支票扣繳。  我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險  RRB  （社會保險/鐵路職工退休委員會保費扣繳可能需要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/鐵路職工退休委員會批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險/鐵路職工退休委員會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/鐵路職工退休委員會批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。） |

|  |
| --- |
| 1.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 <PDP name> 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：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.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）：\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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 (e.g. 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 <PDP name>。聽障人士可致電 <TTY number>。服務時間為 <insert days and hours of operation>。 |

|  |
| --- |
| Description: image of stop sign  **請閱讀以下重要資訊：** |
| **若您是 Medicare Advantage 計劃**（如 HMO 或 PPO）的會員，則您可能已擁有 Medicare Advantage 計劃提供的可滿足您需求的處方藥保險。加入 <PDP name>，您的 Medicare Advantage 計劃會員資格可能會終止。這將會影響您的醫生和住院承保，以及您的處方藥保險。請閱讀 Medicare Advantage 計劃傳送給您的資訊，如有疑問，請聯絡 Medicare Advantage 計劃。  **若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 <PDP Name> 可能會影響您的僱主或工會健康福利。** 若您加入 <PDP 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：**  <PDP Name> 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare 藥物計劃。我瞭解，此項處方藥保險是對本人於 Medicare 項下保險的補充，因此，我必須保持我的 Medicare A 部分和 B 部分承保資格。我有責任告知 <PDP name> 我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。我一次僅可參保一項 Medicare 處方藥計劃 － 若我現已參保一項 Medicare 處方藥計劃，參保 <PDP name> 將令上述參保自動終止。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，則除非符合某些特殊情況的參保資格，否則只有在適用參保期內（一般為年度參保期間，即 10 月 15 日至 12 月 7 日）才能退出計劃或做出變更。  <PDP Name> 服務於特定服務區。若我遷出 <PDP 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。我瞭解，我必須使用網絡內藥房，除非發生緊急情況致使無法合理使用 <PDP name> 網絡內藥房。一旦我成為 <PDP 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。本人將在收到 <PDP name> 的承保範圍說明書文件後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得承保我必須遵守哪些規則。  我瞭解，若我退出此計劃且沒有或未獲得其他 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 處方藥保險時除支付保費外可能還須支付逾期參保罰金。  我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受僱於 <PDP name> 或與其訂有合約的其他個人之幫助，根據我參加的 <PDP name>，可能會向他/她支付費用。  我所在的州可能會提供諮詢服務，以就 Medicare 補充保險或其他 Medicare Advantage 或處方藥計劃選項、透過州政府 Medicaid 計劃提供的醫療補助以及 Medicare 節省計劃提供建議。  **資訊披露：**  加入此 Medicare 處方藥計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，<PDP Name> 在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，<PDP Name> 將向 Medicare 披露我的資訊（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。  本人瞭解，本人（或根據所在州之法律取得授權的代表人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。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 Medicare 處方藥計劃使用**：  計劃 ID 號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  保險生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IEP：\_\_\_\_\_\_\_ AEP：\_\_\_\_\_\_\_\_ SEP（類型）：\_\_\_\_\_\_  計劃代表/代理人/經紀人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*optional space for other administrative information needed by plan*] |