

Medicare 聯邦醫療保險優勢處方藥計劃 (MAPD) 個人參保申請表

本表適用於哪些人士？

想加入 Medicare Advantage Plan (聯邦醫療保險優勢計劃) 的 Medicare 聯邦醫療保險受益人

若要加入一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在計劃的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage Plan (聯邦醫療保險優勢計劃)，您必須同時擁有：

- Medicare 聯邦醫療保險 A 部分 (住院保險)
- Medicare 聯邦醫療保險 B 部分 (醫療保險)

我何時使用此表格？

您可以在以下期間或情況下加入一項計劃：

- 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日期間 (保險生效時間為次年 1 月 1 日)
- 首次參保 Medicare 聯邦醫療保險後的 3 個月內
- 允許您加入或更換計劃的特定情況

瀏覽 Medicare.gov，瞭解有關計劃參保時間的更多資訊。

填寫此表格需要準備什麼？

- 您的 Medicare 聯邦醫療保險號碼 (您的紅、白、藍 Medicare 聯邦醫療保險卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

註：您必須填寫第 1 部分的所有內容。第 2 部分為選填內容 – 我們不會因為您沒有填寫這些內容而拒絕您參保。

在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期 (10 月 15 日 – 12 月 7 日) 加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。

在此提醒您：

- 您的計劃會將保費賬單寄給您。您可以選擇從銀行帳戶，或每月的社會安全局 (或鐵路職工退休委員會) 福利金中扣繳保費。

接下來該怎麼做？

請將您填好並簽署的表格郵寄至：

ELDERPLAN
ATTN MEMBER OPERATIONS
55 WATER STREET, 46TH FLOOR
NEW YORK, NY 10041

一旦處理完您的加入申請，他們就會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 Elderplan (長老計劃) 會員服務部，電話：1-800-353-3765。TTY 使用者可致電 711。或者致電 Medicare 聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

無家可歸者

- 如果您想加入一項計劃但沒有永久居住地，則郵政信箱、收容所或診所的地址或您接收郵件 (例如社會保障局支票) 的地址可被視為您的永久居住地址。

根據 1995 年的《文書削減法案》(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次填寫此資訊預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要提示

請勿將本表或任何帶有您個人資訊的物品 (如理賠、付款、醫療記錄等) 寄給 PRA 報告審核辦公室。我們將銷毀與改進本表或收集資訊 (如 OMB 0938-1378 中所述) 無關的任何材料。對於這些材料，我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。參見本頁的「接下來該怎麼做？」，將填好的表格寄給計劃。

第 1 部分 – 本頁所有欄均為必填項（除非標註了選填）

選擇您想加入的計劃：

- Elderplan** for Medicaid Beneficiaries
(HMO-POS D-SNP) – 每月 \$31.30
- Elderplan** Advantage for Nursing Home Residents
(HMO-POS I-SNP) – 每月 \$34.30
- Elderplan** Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) –
每月 \$0.00
- Elderplan** Extra Help (HMO-POS) – 每月 \$41.00

- Elderplan** Flex (HMO-POS) – 每月 \$0.00

選擇以下**指定附加福利**之一：

- 非處方 (OTC) 用品
或
- 接送服務

- Elderplan** Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) –
每月 \$0.00

名字： 姓氏： 選填：中間名：

出生日期：（月/日/年）
（ / / ）

性別：

- 男
- 女

住宅電話號碼：（ ）

手機號碼：（ ）

選擇是否接收以下簡訊通知：

- 健保計劃資訊： 是 否
- 保健資訊： 是 否
- 獎勵與調查問卷： 是 否

永久居住街道地址（請勿填寫郵政信箱。註：對於無家可歸的人士，可將郵政信箱視為您的永久居住地址。）：

城市： 選填：縣： 州： 郵政編碼：

郵寄地址（如果與您的永久地址不同則填寫，可以使用郵政信箱）：
街道地址： 城市： 州： 郵政編碼：

您有電子郵箱嗎？若回答「是」： _____

您的 Medicare 聯邦醫療保險資訊：

Medicare 聯邦醫療保險號碼： _____ - _____ - _____

回答以下重要問題：

您是否擁有除 Elderplan（長老計劃）之外的其他處方藥保險（例如 VA、TRICARE）？ 是 否
其他保險的名稱： _____ 該保險的會員號碼： _____ 該保險的團體號碼： _____

要參保 Elderplan（長老計劃）雙重特殊需求計劃，您必須符合下述條件且居住在我們計劃的服務區域內：

您是否參保了紐約州 Medicaid 醫療補助計劃？ 是 否

若選擇「是」，請提供您的紐約州 Medicaid 醫療補助號碼： _____

- 如要參保 **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)**，您必須有權享有 Medicare 聯邦醫療保險和紐約州 Medicaid 醫療補助計劃，同時必須符合享有 Medicaid 醫療補助保險的資格，並符合 **Elderplan for Medicaid Beneficiaries** 的參保資格要求。您可獲得的 Medicaid 醫療補助福利由紐約州決定，並且根據您的收入和資產情況可能會各有不同。

您是否符合獲得紐約州 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險分攤費用補助的資格？
 是 否

- 如要參保 **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)**，您必須有權享有 Medicare 聯邦醫療保險和紐約州 Medicaid 醫療補助計劃，同時必須符合享有 Medicaid 醫療補助的完整福利資格，並符合 **Elderplan Plus Long Term Care** 的參保資格要求。您可獲得的 Medicaid 醫療補助福利由紐約州決定，並且根據您的收入和資產情況可能會各有不同。

請說明您是否符合以下所有要求。1) 您符合享有紐約州 Medicaid 醫療補助完整承保的資格；2) 您年滿 18 歲或以上；以及 3) 您認為您有資格享有療養院級別的護理水平，能安全地待在家中，並需要護理管理和居家護理或日間護理服務連續 120 天或以上？

是 否

回答以下重要問題：

要參保 Elderplan（長老計劃）特殊需求計劃，您必須符合下述條件且居住在我們計劃的服務區域內：

- 如要參保 **Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO-POS I-SNP)**，您必須居住在與 **Elderplan（長老計劃）** 特殊需求計劃簽約的療養院機構。

您是否居住在或預計將居住在服務區內的簽約護理機構？ 是 否

如果是，請提供以下資訊：

機構名稱：_____

機構地址（門牌號及街道）以及電話號碼：_____

- 如要參保 **Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)**，您目前的住址應該是在與 **Elderplan（長老計劃）** 簽約的集體護理機構，同時您正在接受療養院級別的護理；或者您居住在與 **Elderplan（長老計劃）** 特殊需求計劃簽約的專業護理設施。

您是否居住在或預計將居住在服務區內的集體護理機構，同時正在接受療養院級別的護理？ 是 否

- 或 -

您是否居住在或預計將居住在服務區內的簽約護理機構？ 是 否

如果是，請提供以下資訊：

機構名稱：_____

機構地址（門牌號及街道）以及電話號碼：_____

重要提示：閱讀並在下方簽字：

- 我必須同時保留住院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）才能繼續享有 Elderplan（長老計劃）。
- 透過加入此 Medicare 聯邦醫療保險優勢處方藥計劃，我確認 Elderplan（長老計劃）將與 Medicare 聯邦醫療保險分享我的資訊，後者可能會使用這些資訊來跟蹤我的參保情況、進行付款，以及用於授權收集該資訊之聯邦法律允許的其他目的（參見下文的《隱私法聲明》）。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。
- 我理解，我一次僅可參保一項 MA 計劃，並且參保此計劃將自動終止參保其他 MA 計劃的資格（MA PFFS 計劃和 MA MSA 計劃除外）。
- 我理解，當我的 Elderplan（長老計劃）保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆續從 Elderplan（長老計劃）獲取。由 Elderplan（長老計劃）提供並包含在我的 Elderplan（長老計劃）「承保範圍說明書」文件（亦稱為「會員合約」或「保戶協議」）中的福利和服務將獲得承保。無論是 Medicare 聯邦醫療保險還是 Elderplan（長老計劃）都不會支付不在承保範圍內的福利或服務。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被從計劃中退保。
- 我理解，我（或獲合法授權代表我的人）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。若由經授權的代表（如上所述）簽署，此簽名證明：
 - 1) 此人根據州法律獲授權完成此參保，並且
 - 2) 該授權文件可應 Medicare 聯邦醫療保險的要求提供。

簽名：

簽名日期：

如果您是授權代表，請在上面簽署姓名並填寫以下內容：

姓名：

地址：

電話號碼：

與參保者的關係：

代理人姓名：

參保生效日期：

全國生產商號碼

（僅限代理商/經紀人填寫）：_____

第 2 部分 – 本頁所有欄均為選填項

您可自由選擇回答以下問題。我們不會因為您沒有填寫這些內容而拒絕您參保。

您是否為西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統？請選擇所有適用項。

- 否，我不是西班牙裔、拉美裔，亦無西班牙血統 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
 是，我是波多黎各人 是，我是古巴人
 是，我是西班牙裔、拉美裔，或擁有西班牙血統 不想回答。

您屬於什麼種族？請選擇所有適用項。

- 美國印地安人或阿拉斯加原住民
 黑人或非裔美國人
 白人
 不想回答。

亞裔：

- 亞裔印度人
 中國人
 菲律賓人
 日本人
 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

您的性別是？請選擇一項。

- 女性 我使用其他術語描述： _____
 男性 不想回答
 非二元性別

以下哪項最能代表您對自己的看法？請選擇一項。

- 女同性戀或男同性戀 我使用其他術語描述： _____
 異性戀，既不是女同性戀也不是男同性戀 我不知道
 雙性戀 不想回答

如果您希望我們用英語以外的語言向您寄送資訊，請選擇一項。

- 西班牙文 中文 其他 _____

您的慣用語言（英語除外）是什麼？請選擇一項：

- 西班牙文 中文 其他 _____

如果您希望我們用無障礙格式向您寄送資訊，請選擇一項。

- 盲文 大字印刷體 音訊 CD 數位 CD

如果您需要以上所列以外的無障礙格式資訊，請聯絡 Elderplan（長老計劃），電話：1-800-353-3765。

我們的辦公時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。TTY 使用者可致電 711。

您是否在工作？ 是 否

您的配偶是否在工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我希望透過電子郵件獲得以下材料。請選擇一項或多項。

- 承保範圍說明書 年度變更通知
 福利摘要 處方藥一覽表

電子郵件地址： _____

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄、「電子資金轉帳 (EFT)」或「信用卡」來支付您的每月計劃保費（包括您目前已經或可能積欠的任何逾期參保罰金）。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金中自動扣除保費。

如果您必須支付 D 部分的按收入每月調整保費 (Part D-IRMAA)，則須在計劃保費之外支付這筆額外的費用。請勿向 Elderplan（長老計劃）支付 Part D-IRMAA。

請選擇一個保費支付方法：

接收賬單。

每月從您的銀行帳戶進行電子資金轉帳 (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：_____

銀行賬號：_____

帳戶類型： 支票 儲蓄帳戶

信用卡。請提供以下資訊：

信用卡類型：_____

信用卡上的帳戶持有人姓名：_____

帳號：_____

有效期至：__ / __ (月/年)

從您每月的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票中自動扣繳。

我每個月從以下機構領取福利金： 社會安全局 鐵路職工退休委員會 (RRB)

（扣繳可能需要在社會安全局或 RRB 批准後兩個月或更長時間才會生效。在大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受了您的自動扣款請求，從社會安全局或 RRB 福利支票扣除的第一筆款項將包括從參保生效日期到扣款時的所有應繳保費。如果社會安全局或 RRB 不批准您的自動扣款請求，我們將向您寄送每月保費的紙質賬單。）

僅適用於幫助參保者填寫此表格的個人

如果您是幫助參保者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、州健康保險援助計劃 (SHIP) 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

參保者代表人姓名：_____ 與參保者的關係：_____

參保者代表人簽名：_____

全國生產商編號（僅限代理商/經紀人填寫）：_____

隱私法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 聯邦醫療保險計劃中收集資訊，以追蹤加入 Medicare 聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃的受益人，改善護理以及支付 Medicare 聯邦醫療保險福利。《社會安全法》第 1851 條，以及《聯邦法典》第 42 章第 422.50 節和第 422.60 節授權收集此資訊。CMS 可以按照記錄通知系統 (SORN) 「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」 (系統編號：09-70-0588) 的規定使用、披露和交換 Medicare 聯邦醫療保險受益人的參保資料。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。