

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。

根據1995年《減少文書工作法案》，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼是 0938-1378。完成此資訊所需的時間估計為每次回應平均20分鐘，包括審查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集的時間。如果您對時間估計的準確性有任何意見或改進此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Office, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要信息

請勿將此表格或任何包含您個人資訊的項目 (例如索賠、付款、醫療記錄等) 發送至 PRA 報告清算辦公室。我們收到的任何與如何改進此表格或其收集負擔 (OMB 0938-1378 中概述) 無關的項目都將被銷毀。它不會被保留、審查或轉發到計劃。請參閱“接下來會發生什麼？”在此頁面上將填妥的表格寄至計劃。

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：
 男 女

電話號碼：
()

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。

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

你的種族是什麼？選擇所有符合條件的。

- 美洲印地安人或阿拉斯加原住民
- 亞洲人：
- 亞洲人 印度人
- 中國人
- 菲律賓人
- 日本人
- 韓國人
- 越南語
- 其他亞洲人
- 黑人或非裔美國人
- 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
- 白種人
- 我選擇不回答。

您出生時的性別是？您可以在出生證明原件或類似文件上找到此資訊。

選擇一個。

- 女性
- 男性
- 我不知道
- 我選擇不回答

你的性別是？選擇一個。

- 女性
- 男性
- 非兩性
- 我使用不同的術語：_____
- 我選擇不回答

下列哪一項最能代表您對自己的看法？選擇一個。

- 女同性戀或男同性戀
- 異性戀，即不是男同性戀或女同性戀
- 雙性戀
- 我使用不同的術語：_____
- 我不知道
- 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) 中指定的 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。