✓MetroPlus**Health** 城市保健 | **MEDICARE 參保申請表**

誰能使用這一表格?

有 Medicare 且希望加入 Medicare Advantage Plan 的人。

要加入計劃，您必須:

- 是美國公民或在美國有合法居住權
- 居住在計劃服務區域內

重要事項: 要加入 Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有:

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

我何時使用這一表格?

您可在以下時段加入計劃:

- 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日（保險從 1 月 1 日起生效）
- 在第一次獲得 Medicare 的 3 個月內
- 在某些情況下，您可以加入或變更計劃

請瀏覽 Medicare.gov 瞭解有關何時參保計劃的更多內容。

要填寫這一表格需要哪些資料?

- 您的 Medicare 編號（印於您的紅白藍 Medicare 卡上）
- 您的固定地址和電話號碼

注意: 您必須填寫完成第 1 部分的所有內容。第 2 部分為選填內容，您不會因為未填寫該部分內容而被拒絕參保。

提醒:

- 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日-12 月 7 日）加入計劃，則 MetroPlus Health Plan 須在 12 月 7 日前收到您填寫完成的表格。
- MetroPlus Health Plan 會向您寄送一份計劃保費帳單。您也可以選擇登記從您的銀行帳戶或您的每月 Social Security（或 Railroad Retirement Board）福利中自動扣繳保費。

然後會怎樣?

將填寫完成並簽名的表格寄送至:

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
NewYork, NY 10004
Attn: Sales & Marketing Dept.

在處理您的加入申請後，我們將聯絡您。

我如何獲得有關這一表格的協助?

請致電 MetroPlus Health Plan：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者可致電：711），該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

或致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者可致電：1-877-486-2048。

En español: Llame a MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 / TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者:

- 如果您想加入一項計劃但沒有固定住所，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如 social security 支票）的地址可被視為您的固定住所地址。

根據 1995 年《縮減文書工作法案》，任何人員都無需回應資訊收集，除非其展示有效的 OMB 控制編號。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-NEW。填寫資訊表需要的時間平均為 20 分鐘，包括檢視說明、搜尋現有資料資源、收集需要的資料和填寫並檢查資訊收集表。如果您希望對預計時間的準確性發表任何評論，或希望針對如何完善本表格提出建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將這一表格或任何含有您個人資訊（例如索賠、付款、醫療記錄等）的資料寄送至 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與改進表格或其收集責任（詳見 OMB 0938-1378）無關的資料將會被銷毀。我們不會將保留、審核資料或將其轉交計劃。查看本頁的「然後會怎樣?」部分內容，將填妥的表格寄送至計劃。

第 1 部分—請填寫本頁上所有欄位（標明「選填」的內容除外）

請選擇您想要加入的計劃：

☐ **MetroPlus Platinum Plan** (HMO)： 每月 $132
☐ **MetroPlus Advantage Plan** (HMO D-SNP)： $0 元或最高每月 $48.70*
☐ **MetroPlus UltraCare** (HMO D-SNP)： $0 元或最高每月 $48.70*

*您的保費可能享受減免，具體取決於您的低收入津貼「Extra Help」的水準。

名： 姓： [選填：中間名字首]：

出生日期：(MM/DD/YYYY)	性別	電話號碼：
(__ __/__ __/__ __ __ __)	☐ 男 ☐ 女	( )

固定住所街道地址（請勿填寫 P.O. 郵箱）：

城市：	州：	郵遞區號：

郵寄地址（僅在與您的固定住所地址不同時填寫，可填寫 P.O. 郵箱）：
街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：

您的 MEDICARE 和 MEDICAID 資訊：

Medicare 編號： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ **紐約州 Medicaid CIN 編號**（如果有）：_ _ _ _ __ -_ _ _ - _ _ _ _

回答下列重要問題：

除 MetroPlus Health Plan 之外，您是否還將擁有其他處方藥保險（例如，VA、TRICARE）？
☐ 是 ☐ 否
其他保險的名稱： 該保險的會員號： 該保險的團體號：

您是否需要長期護理服務? ☐ 是 ☐ 否

重要事項：請認真閱讀並在下方簽字：

- 要繼續參保 MetroPlus Health Plan，我必須保持住院（A 部分）和醫療（B 部分）保險。
- 加入此 Medicare Advantage Plan 即代表我同意 MetroPlus Health Plan 將與 Medicare 共享我的資訊，Medicare 可使用我的資訊來追蹤我的參保、進行付款，以及用於授權收集此資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參閱下方的隱私權法聲明）。
- 您可自願回覆本表格。但是，不回覆可能會影響您的計劃參保。
- 我瞭解我一次只能參保一項 MA 計劃一如果參保此計劃，我將自動從另一項 MA 計劃退保（例外情況適用於 MA PFFS、MA MSA 計劃）。
- 我瞭解，自 MetroPlus Health Plan 保險生效起，我必須從 MetroPlus Health Plan 獲得所有醫療和處方藥福利。只有 MetroPlus Health Plan 提供的福利和服務以及我的 MetroPlus Health Plan 承保福利說明文件（又稱為會員合約或使用者協議）中包含的福利和服務才屬於有保障的福利。Medicare 和 MetroPlus Health Plan 均不會為非其承保的福利或服務付費。
- 在我所知的範圍內，本參保表上的資訊正確無誤。我明白，如果我在本表中蓄意提供虛假資訊，我將喪失參加該計劃的資格。
- 我明白，我（或合法代表我本人的授權代理人）在本申請表上簽字意味著我已經閱讀並理解了本申請表中的內容。若由授權代表（如上所述）簽字，則該簽字表明：

  1)該代理人根據州法律經授權完成本申請，並且
  2)可以根據 Medicare 的要求提供此授權的文件。

簽名：	**今日日期：**
如果您是授權代表，請在上方簽字並填寫以下欄位：	
姓名：	地址：
電話號碼：	與參保人的關係：

第 2 部分—本頁上所有欄位均為選填內容

您可選擇是否回答這些問題。您不會因為未填寫該部分內容而被拒絕參保。

您是否講西班牙語、是拉美裔或西班牙人？請選擇所有適用的選項。

☐ 否，不講西班牙語、不是拉美裔或西班牙人
☐ 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
☐ 是，波多黎各人
☐ 是，古巴人
☐ 是，講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人
☐ **我選擇不回答。**

您的種族是什麼？請選擇所有適用的選項。

☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 印度人
☐ 黑人或非裔美國人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 夏威夷原住民
☐ 其他亞裔
☐ 其他太平洋島民
☐ 薩摩亞人
☐ 越南人
☐ 白人
☐ **我選擇不回答。**

如果您希望我們以英語之外的語言為您提供重要文件，請選擇下列一項。

☐ 西班牙語 ☐ 中文

如果您希望我們以特殊格式為您提供重要文件，請選擇下列一項。

☐ 盲文 ☐ 大號印刷體 ☐ 有聲 CD

如果您需要以上述之外的其他格式或語言提供資訊，請致電 MetroPlus Health Plan：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者應致電：711）。
我們的辦公時間是：每週 7 天，每天 24 小時。

您是否有工作? ☐ 是 ☐ 否 您的配偶是否有工作? ☐ 是 ☐ 否

列出您的主治醫生 (PCP)、診所或保健中心:	醫療服務提供者 ID:	PORG ID 編號:

☐ 我希望透過電子郵件接收重要計劃材料。勾選此方塊即代表我同意透過電子郵件接收這些材料。我理解我可以隨時變更選擇。

電子郵件地址:

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄或信用卡方式支付您的月計劃保費（包括您拖欠或可能拖欠的延遲參保罰金）。**您也可以選擇每月從您的 Social Security 或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利中自動扣繳保費。請選擇一項保費支付方式**（如果您不選擇支付方式，您每個月都會收到一份帳單）：

☐ 接收帳單

☐ 自動從您的月 Social Security 或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利支票中扣除。我每月獲得的福利來自: ☐ Social Security ☐ RRB

（Social Security/RRB 扣除在 Social Security 或 RRB 核准扣除之後可能需要兩個月甚至更長時間才會開始）。在多數情況下，如果 Social Security 或 RRB 接受您的自動扣除請求，首次從您的 Social Security 或 RRB 福利支票扣除的金額將包括從您的參保生效日一直到扣繳開始的全部保費。如果 Social Security 或 RRB 不核准您的自動扣繳請求，我們將向您傳送一份您的月保費紙本帳單。）

隱私權法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃中收集資訊，用以追蹤 Medicare Advantage (MA) Plans 的受益人參保情況，改善護理品質並支付 Medicare 福利費用。《社會保障法》第 1851 節，以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權此類資訊的收集。根據 System of Records Notice (SORN) 的「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」中 System No. 09-70-0588 的規定，CMS 可收集、披露和交換 Medicare 受益人的參保資料。您可自願回覆本表格。但是，不回覆可能會影響您的計劃參保。

支付您的計劃保費（續）

如果您需要支付 Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA)，則您將需要在計劃保費之外再行支付這一筆額外費用。該款項一般會從您的 Social Security 福利中扣除，或者由 Medicare（或 RRB）向您開具帳單。請勿向 MetroPlus Health Plan 支付 Part D-IRMAA。

預參保清單 (PECL) 證明

❑ 我已收到預參保清單 (PECL) 並完全瞭解 MetroPlus Health Plan 的福利與規則。

第 3 部分—參保期資格證明

一般而言，您僅可在年度參保期（每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日）加入 Medicare Advantage 計劃。此限制存在例外，可允許您在該參保期以外的時間加入 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀以下陳述，並核取適用於您的陳述旁邊的方塊。核取下列任何方塊即表示您證明，盡您所知，您有資格獲得參保期。如果我們之後認定此資訊不正確，則您會喪失參加該計劃的資格。

❑ 我新加入了 Medicare。

❑ 我加入了一個 Medicare Advantage 計劃，並希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 內變更計劃。

❑ 我最近已搬離我目前加入計劃的服務區，或者我最近搬家，而這對我來說是一個新選擇。搬家日期為（插入日期）_____。

❑ 我最近脫離監禁。脫離監禁日期為（插入日期）_____。

❑ 我在美國以外的國家或地區成為永久居民後最近返回美國，返回美國日期為（插入日期）_____。

❑ 我最近在美國取得合法居留權。
我取得此狀態日期為（插入日期）_____。

❑ 我的 Medicaid 最近發生改變（如，新加入 Medicaid，Medicaid 援助水準發生變化，或失去 Medicaid），日期為（插入日期）_____ 。

❑ 我的 Medicare 處方藥保險 Extra Help 最近發生改變（如，新加入 Extra Help，Extra Help 水準發生變化，或失去 Extra Help），日期為（插入日期）_____。

❑ 我同時享有 Medicare 和 Medicaid 福利（或我所在州幫助支付我的 Medicare 保費），或我獲得 Extra Help 來支付我的 Medicare 處方藥保險，但我沒有改變。

❑ 我將搬入、目前住在或最近已搬出長期護理設施（例如療養院或長期護理設施）。我已經/即將搬入/搬出設施，日期為（插入日期）_____。

第 3 部分（續）—參保期資格證明

- ❑ 我最近退出了 PACE 計劃，日期為（插入日期）_____。
- ❑ 我最近非自願地遺失了可信處方藥保險（與 Medicare 的處方藥保險相當）。我遺失處方藥保險的日期為（插入日期）_____。
- ❑ 我將退出由雇主或工會提供的保險，日期為（插入日期）_____。
- ❑ 我加入了我所在州提供的藥房援助計劃。
- ❑ 我加入的計劃即將與Medicare終止合約，或Medicare即將與我加入的計劃終止合約。
- ❑ 我曾加入一個 Medicare（或我所在州）計劃，但我想選擇不同的計劃。我加入該計劃的日期為（插入日期）_____。
- ❑ 我曾加入 Special Needs Plan (SNP)，但是我已經喪失加入此計劃所需的特殊需求資格。我退出 SNP 的日期為（插入日期）_____。
- ❑ 我受到了緊急情況或重大災害（以聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府實體發佈的公告為准）的影響。或者，換一種說法，我因災害而無法申請參保。

如果以上陳述均不適用於您或者您不確定，請透過以下方式聯絡 MetroPlus Health Plan：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）以瞭解您是否具有參保的資格。該電話每週7天、每天 24 小時有人接聽。

MetroPlus Health Plan, Inc. 是一家擁有 Medicare 合約的 HMO、HMO D-SNP 計劃。MetroPlus Health Plan, Inc. 與 MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 專屬紐約州 Medicaid 簽有合約，且與紐約州衛生廳簽有 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 的福利協調協議。**MetroPlusHealth 不隸屬於聯邦政府、CMS、HHS 和/或 Medicare，也不受其認可或以其他方式與其相關聯。**參加 MetroPlus Health Plan, Inc. 依照續約情況而定。MetroPlus Health Plan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律，沒有種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別方面的歧視。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。

OFFICE USE ONLY

Name of Staff Member / Agent / Broker (if assisted in enrollment):

_____ Date Received: _____

Plan ID #:_____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____

Event Name: _____