✓MetroPlus**Health** 簡版參保申請表

請注意：僅當您從一項 MetroPlus Medicare Advantage 計劃變更為另一項計劃時，才可使用此表格。如果您第一次參保 MetroPlus Medicare Advantage 計劃，或您曾參保 MetroPlus Medicare Advantage 計劃，但已從該計劃退保，請勿使用此表。

您即將參保的計劃名稱：		
姓名：	家庭電話號碼：	
Medicare 編號：	**紐約州 Medicaid CIN 編號（如果有）：**	
常住街道地址（不得用郵箱代替）：		
城市：	州：	郵遞區號：
郵寄地址（僅在與您的常住街道地址不同時填寫）： 街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：		
請填寫以下資訊： 我目前是 MetroPlus Health Plan_____計劃的會員，每月保費為 $ _____。 我希望變更至 MetroPlus Health Plan_____計劃。 我瞭解，該計劃的健康福利不同，月保費為 $_____。		
您的主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的姓名/名稱：	**醫療服務提供者 ID**：	

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，波多黎各人
- ☐ 是，講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人
- ☐ 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
- ☐ 是，古巴人
- ☐ **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
- ☐ 華人
- ☐ 日本人
- ☐ 其他亞洲人
- ☐ 越南人
- ☐ 印度人
- ☐ 菲律賓人
- ☐ 韓國人
- ☐ 其他太平洋島民
- ☐ 白人
- ☐ 黑人或非裔美國人
- ☐ 關島人或查莫羅人
- ☐ 夏威夷原住民
- ☐ 薩摩亞人
- ☐ **我選擇不回答。**

如果您希望我們以英語之外的語言向您傳送重要文件，或者需要以另外一種格式傳送資訊，請在下面選擇一項：

☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 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 1-866-986-0356 與 MetroPlus Health Plan 聯絡。我們的辦公時間是：該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電：711。

您的計劃保費

如果您參保的保費為0元：如果我們認定您欠有延遲參保罰款（或如果您目前有一項延遲參保罰款），我們需要瞭解您偏向於用何種方式來支付該罰款。您可以在收到 MetroPlusHealth 的通知後，透過郵寄、信用卡、支票或匯款單付款。您也可以每月從您的 Social Security 或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利支票中自動扣繳保費。如果您接受了 Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount，您將收到 Social Security Administration 的通知。您將負責支付除您的計劃保費之外的這部分額外額度。您負責支付的額度將從您的 Social Security 福利支票中扣除，或者直接由 Medicare 或 RRB 扣除。請勿向 MetroPlusHealth 支付 Part D-IRMAA。

如果您參保的保費是 0 元以外的任何其他金額：您可以每月透過郵寄、信用卡、支票或匯款單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款）。您也可以選擇每月從您的 Social Security 或 Railroad Retirement Board 支票中自動扣繳保費。如果您接受了 Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount，您將收到 Social Security Administration 的通知。您將負責支付除您的計劃保費之外的這部分額外額度。您負責支付的額度將從您的 Social Security 福利支票中扣除，或者直接由 Medicare 或 Railroad Retirement Board 扣除。請勿向 MetroPlusHealth 支付 Part D-IRMAA。

低收入者可享受 Extra Help，以支付他們的處方藥費用。如您符合資格，Medicare 可承擔藥物費用，包括每月的處方藥保費、年度自負額和共同保險費。此外，合資格者不存在保障缺口，也不會面臨延遲參保罰款。許多人有資格節省這些費用，但卻不知道。要瞭解關於此 Extra Help 的詳細資訊，請與您當地的 Social Security 辦公室聯絡，或致電 1-800-772-1213 與 Social Security 聯絡。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778。您也可以瀏覽 www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help，線上申請 Extra Help。

如果您享受 Medicare 處方藥保險費用 Extra Help，Medicare 將為您支付該福利的全部或部分保費。如果 Medicare 僅支付部分保費，我們將向您提供非 Medicare 支付總額的帳單。

如果您不選擇付款方式，您每個月都會收到一份帳單。請選擇保費付款方式：

- ❑ 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 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。）

請閱讀下列資訊並簽字：

MetroPlus Health Plan 是一項已與 Federal government 簽訂合約的計劃。

我瞭解，如果我從 MetroPlus Health Plan 雇用的或與之存在契約關係的銷售代表、經紀人或其他個人獲得協助，他/她可根據我所享有的 MetroPlus Health Plan 保險福利獲得付款。

資訊公開：參加該 Medicare 醫療保險，代表我同意 Medicare 醫療保險因治療、付費及保健服務的需要將我的資訊提供給 Medicare 或其他計劃。我也同意 MetroPlus Health Plan 將我的資訊（包括給我開具處方藥的資料）提供給 Medicare，而 Medicare 可能會因研究或其他符合所有適用聯邦法令和法規的用途而將其公開。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。我知道，參保 Medicare 的人士在境外不受 Medicare 的承保，但在美國邊境附近享受有限的承保福利。

請閱讀下列資訊並簽字（接上頁）

我瞭解，自 MetroPlus Health Plan 保險生效之日起，除急診治療、緊急需要的服務或服務區域外的透析服務之外，我只能從 MetroPlus Health Plan 獲得所有我所需的保健服務。只有 MetroPlus Health Plan 核准的服務和我的 MetroPlus Health Plan《承保福利說明》文件（又稱為會員合約或使用者協議）中包含的其他服務才屬於承保福利。**未經核准，MEDICARE 或 METROPLUS HEALTH PLAN 均不會支付服務費用。**

我明白，我（或根據我所在州的法律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。若由授權代理人（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。

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

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。

簽名：	**今日日期：**

如果您是授權代表，您必須在上面簽字並提供以下資訊：

姓名： _____

地址： _____

電話號碼： (_____) _____ - _____

與參保人的關係： _____

MetroPlus Health Plan, Inc. 是一家擁有 Medicare 合約的 HMO、HMO D-SNP 計劃。MetroPlus Health Plan, Inc. 與 New York State Medicaid for MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) 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。在 MetroPlus Health Plan 的健康計劃和活動中，不存在種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障方面的歧視。ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-986-0356 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 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: _____