

✓ MetroPlusHealth | 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](https://www.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MetroPlusHealth必須在12月7日前收到您填寫完成的表格。
- MetroPlusHealth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：

MetroPlusHealth

50 Water Street, 7th Floor
New York, 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MetroPlusHealth：1-866-986-0356

（聽力障礙電傳使用者請致電：711），

工作時間為週一至週五，早8點至晚8點，

週六，早9點至下午5點。

或致電Medicare：1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者請致電1-877-486-2048。

En español: Llame a MetroPlusHealth 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\$92.00
- MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ‡: 0元或最高每月\$71.20*
‡ 要符合資格，您必須享受Medicaid。
- MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) †: 0元或最高每月\$72.30*
† 要符合資格，您必須享受Medicaid並證明有長期護理服務需求。
我們可以就長期護理服務與您聯絡嗎？ 是 否

*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。注意：對於無家可歸者，P.O.郵箱可作為您的固定住所地址。）：

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MetroPlusHealth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：

重要事項：請認真閱讀並在下方簽字：

- 要繼續參保MetroPlusHealth，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MetroPlusHealth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——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MetroPlusHealth保險生效起，我必須從MetroPlusHealth獲得所有醫療和處方藥福利。只有MetroPlusHealth提供的福利和服務以及MetroPlusHealth《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MetroPlusHealth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。

（轉下頁）

第1部分 (續) —— 請填寫本頁上所有欄位 (標明「選填」的內容除外)

• 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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 否，不講西班牙語、不是拉美裔或西班牙人 | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 是，古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，講其他西班牙語、是其他拉美裔或西班牙人 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

您的種族是什麼？請選擇所有適用的選項。

- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 |
| <input type="checkbox"/> 中國人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 越南人 | <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

您的性別是什麼？選擇一項。

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 我使用其他說法： _____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 非二元性別 | |

以下哪一項最能代表您對自己的看法？選擇一項。

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女同或男同 | <input type="checkbox"/> 我使用其他說法： _____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，並非男同或女同 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 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 資料CD

如果您需要以上述之外的其他格式或語言提供資訊，

請透過以下方式聯絡MetroPlusHealth：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：工作時間為週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。

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。

第2部分 (續) ——本部分的所有欄位均為選填內容

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編號：

PORG ID編號：

- 我希望在我致電MetroPlusHealth：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者應致電：711）請求把材料用電子郵件發給我時，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在提出請求後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：

預參保清單(PECL)證明

- 我已收到預參保清單(PECL)並完全瞭解MetroPlusHealth的計劃福利與規則。

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。以下資格需要經過計劃認定。

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。取得此狀態日期為（插入日期）_____。
- 我的Medicaid或低收入輔助（LIS/「Extra Help」）狀態最近發生改變（最近符合資格，援助水準發生變化，或失去資格），日期為（插入日期）_____。
- 我參保了MetroPlusHealth的Medicaid，我想透過加入MetroPlusHealth Medicare計劃來整合我的保險範圍。
- 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/已搬出設施，日期為（插入日期）_____。
- 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。

第3部分 (續) —— 參保期資格證明

- 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準) 的影響。或者，換一種說法，我因災害而無法申請參保。
- 其他： _____

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MetroPlusHealth： -
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。
 我們的辦公時間是週一至週五，早8點至晚8點，週六，早9點至下午5點。

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
- 每月自動從您的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。) **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MetroPlusHealth支付Part D-IRMAA。**

僅限協助參保人填寫此表格的個人填寫

如果您是協助參保人填寫此表格的個人 (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：	與參保人的關係：
簽名：	今日日期：

OFFICE USE ONLY

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

National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Plan ID #: _____ Effective Date of Coverage: _____

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

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____
 Event Name: _____