

## 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：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，則計劃須在 12 月 7 日前收到您填寫完成的表格。
- 您的計劃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社會保障（或鐵路職工退休委員會）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：

Centers Plan for Healthy Living  
75 Vanderbilt Avenue  
Staten Island, NY 10304

在處理您的加入申請後，他們將聯絡您。

## 我如何獲得有關這一表格的協助？

致電 1-877-940-9330 聯絡 Centers Plan for Healthy Living。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

或者，您也可以致電 Medicare，電話是 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 Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330/TTY 711 o, a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

## 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（例如社會保障支票）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 0938-1378。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。我們將不會保留、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。



僅適用於擁有Medicare和Medicaid的人士：您是否參加了州Medicaid計劃？

是 否

如果回答為「是」，請提供您的Medicaid號： \_\_\_\_\_

僅適用於I-SNP：您是否長期住在保健機構裡，如療養院？

是 否

如果答案為「是」，請提供以下資訊：

機構名稱： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

入院日期： \_\_\_\_\_

**重要事項：請認真閱讀並在下方簽字：**

- 要繼續參保 Centers Plan for Healthy Living，我必須保持住院（A 部分）和醫療（B 部分）保險。
- 加入此 Medicare Advantage 即代表我同意 Centers Plan for Healthy Living 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）。
- 我知道，參保 Medicare 的人士在境外通常不受 Medicare 的保護，但在美國邊境附近享受有限的承保福利。
- 我瞭解，自 Centers Plan for Healthy Living 保險生效起，我必須從 Centers Plan for Healthy Living 獲得所有醫療和處方藥福利。只有 Centers Plan for Healthy Living 提供的福利和服務以及我的 Centers Plan for Healthy Living 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 Centers Plan for Healthy Living 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  
 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。

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

如果您希望我們以英語之外的語言為您提供資訊，請選擇下列一項。

- 西班牙語       中文       其他：\_\_\_\_\_

如果您希望我們以特殊格式為您提供資訊，請選擇下列一項。

- 盲文       大號印刷體       音訊 CD       資料 CD

如果您需要以上述之外的其他格式提供的資訊，請聯絡 Centers Plan for Healthy Living，聯絡電話是 1-877-940-9330。我們的工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

您是否有工作？  是  否

您的配偶是否有工作？  是  否

列出您的初級保健醫師(PCP)、診所或保健中心：

姓名/名稱：

地址：

電話號碼：

我希望透過電子郵件接收以下材料。選擇一項或多項。

- 《承保福利說明》       《藥房名錄》  
 《服務提供者名錄》       《處方一覽表》（《藥物清單》）

電子郵件地址：\_\_\_\_\_

如果您希望透過電子郵件獲得其中一項上述資料，請聯絡 Centers Plan for Healthy Living，聯絡電話是 1-877-940-9330。我們的工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點。聽力障礙電傳使用者可致電 711。

緊急聯絡人：

姓名：

電話號碼：

與您的關係：

### 支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄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社會保障或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利中自動扣繳保費。

如果您需要支付 D 部分收入相關月調整額 (D 部分 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社會保障福利中扣除，或者由 Medicare（或 RRB）向您開具帳單。請勿向 Centers Plan for Healthy Living 支付 D 部分-IRMAA。

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

自動從您的月社會保障(SSA)或鐵路職工退休委員會(RRB)福利支票中扣除。

SSA

RRB

### 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：\_\_\_\_\_ 全國生產商編號（僅限代理人/經紀人）：\_\_\_\_\_

#### 隱私權法聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (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。



75 Vanderbilt Ave Staten Island NY 10304 1-844-CPHL-CARES www.centersplan.com

## 參保期資格證明

姓名： \_\_\_\_\_

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。

- 我剛加入 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 處方藥保險額外補助最近發生改變（如，新加入額外補助，額外補助水準發生變化，或失去額外補助），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），或我獲得額外補助來支付我的 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）\_\_\_\_\_。
- 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）。我失去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）\_\_\_\_\_。
- 我自（插入日期）\_\_\_\_\_加入了我所在州提供的藥房援助計劃 (EPIC)，並且今年沒有使用此選擇以加入另一項 MAPD/PDP。
- 我近期參保了我所在州提供的藥房援助計劃 (EPIC)，並且我的保險生效日期為（插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我近期退出了我所在州提供的藥房援助計劃(EPIC)，我的保險截止日期為（插入日期）\_\_\_\_\_。
- 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）\_\_\_\_\_。
- 我受到了天氣相關的緊急情況或重大災害（以聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 發佈的公告為準）的影響。或者，換一種說法，我因自然災害而無法參保。
  - FEMA 申報情況：\_\_\_\_\_
  - 所嘗試的 SEP：\_\_\_\_\_

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 Centers Plan for Healthy Living：1-(877)-940-9330（TTY 使用者應致電 711），以瞭解您是否具有參保的資格。我們的工作時間為週一至週日，每天早 8 點至晚 8 點。

選取上述任意選項並簽署此表格即表示您證明，盡您所知，您有資格獲得參保期。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_