

請注意：本表格僅可用於由一項 MetroPlus Medicare Advantage 計劃變更為另一項。如果您是首次參保 MetroPlus Medicare Advantage 計劃，或者如果您曾經是 MetroPlus Medicare Advantage 計劃的會員，但已從計劃退保，請勿使用本表格。

| | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------|
| 姓名： | | 家庭電話號碼： | |
| Medicare 編號： | | 紐約州 Medicaid CIN 編號 (如適用)： | |
| 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： | | | |
| 請填寫下列內容： | | | |
| 我目前是 MetroPlus Health Plan _____ 計劃的一名會員月保費 \$ _____。 | | | |
| 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 \$ _____。 | | | |
| 所選擇的初級保健醫師 (PCP)、診所或保健中心名稱： | | | 醫療服務提供者 ID 號： |
| 如果您希望我們以英語之外的語言向您傳送資訊，或者需要以另外一種格式傳送資訊，請在下面勾選一項： | | | |
| <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 盲文 <input type="checkbox"/> 大號字體 <input type="checkbox"/> 音訊 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。我們的辦公時間為：每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電：711。 | | | |
| 您的計劃保費 | | | |
| <p>您可以每月透過郵寄或使用信用卡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 或鐵 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 評估，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 MetroPlus Health Plan 支付 Part D-IRMAA。</p> <p>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 75% 或以上的藥物費用，包括每月的處方藥保費、年度扣除費用和共同保險費。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.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 線上申請 Extra Help。</p> <p>如果您享受 Medicare 處方藥保險費用 Extra Help，Medicare 將為此福利支付您的全部或部分保費。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。</p> | | | |

(續) 您的計劃保費

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) 福利支票中扣繳。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 健康計劃，代表我同意 Medicare 健康計劃因治療、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。

我明白，自 MetroPlus Health Plan 保險生效之日起，除緊急情況、急需的服務或服務範圍外的透析之外，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合約）中包含的其他服務才屬於有保障的福利。**未經核准，MEDICARE 和 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。

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：_____

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: _____

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）_____。

(續) - 參保期資格證明

- 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) _____。
- 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) _____。
- 我將退出由僱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準) 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 是一家擁有 Medicare 合約的 HMO、HMO SNP 計劃。MetroPlus Health Plan 與 New York State Medicaid for MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 簽有合約, 且與紐約州衛生局簽有 MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP) 的福利協調協議。參加 MetroPlus Health Plan 依照續約情況而定。MetroPlus Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律, 沒有種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別方面的歧視。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).