

MEDICARE ADVANTAGE 计划 (C 部分) 或 MEDICARE 处方药计划 (D 部分) 个人参保申请表

谁可以使用此表格？

拥有 Medicare 且想要参保 Medicare Advantage 计划或 Medicare 处方药计划 (Medicare Prescription Drug Plan) 的人士

如需参保某项计划，您必须满足以下条件：

- 是美国公民或在美国合法居留
- 居住在该计划的服务区域内

重要须知：如需参保 Medicare Advantage 计划，您还必须同时满足以下两项条件：

- 拥有 Medicare A 部分（住院保险）
- 拥有 Medicare B 部分（医疗保险）

重要须知：如需参保 Medicare 处方药计划，您还必须满足以下任一条件，或同时满足这两项条件：

- 拥有 Medicare A 部分（住院保险）
- 拥有 Medicare B 部分（医疗保险）

何时使用本表格？

您可在以下时间内参保计划时使用本表格：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日
(保险生效日期为次年 1 月 1 日)
- 首次获得 Medicare 后的 3 个月内
- 某些允许您参保或更换计划的情况下

请访问 Medicare.gov，以进一步了解计划参保时间。

我需要在表格中填写哪些信息？

- 您的 Medicare 号码（即 Medicare 红白蓝卡上的号码）
- 您的永久地址及电话号码

请注意：您必须填写第 1 部分中的所有内容。第 2 部分中的字段为选填项，保险计划不得因您未填写这些内容而拒绝您的参保申请。

重要提醒：

- 如果您想在秋季开放参保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入某项计划，请确保相关计划在 12 月 7 日之前收到您完整填写的申请表。
- 参保后，您的计划将向您发送计划保费账单。您可以选择注册使用扣款服务，以便从您的银行账户或每月社安金（或铁路退休委员会 [Railroad Retirement Board, RRB] 福利）中扣除保费。

接下来会发生什么？

请将您填写完整且带有签名的表格寄送至以下地址：

VillageCareMAX
112 Charles Street
New York NY 10014

受理您的参保申请后，保险计划将与您联系。

如何在填表时获得协助？

请拨打 1-855-296-8800 联系 VillageCareMAX。TTY 用户请拨打 711。

或者拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

En español: Llame a VillageCareMAX al 1-855-296-8800/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

无家可归者

- 如果您想参保计划但没有永久住所，可将邮政信箱、收容所或诊所地址，或您的邮件（例如社安金支票）接收地址视为您的永久居住地址。

根据 1995 年《文书减省法案》(Paperwork Reduction Act, PRA)，除非显示有效行政管理和预算局 (Office of Management and Budget, OMB) 控制编号，否则任何人都无需对信息收集作出回应。此信息收集的有效 OMB 控制编号是 0938-1378。预计完成信息收集所需的平均时间为每次 20 分钟，其中包括阅读说明、搜索现有数据资源、收集必要数据，以及填写及检查信息收集表所需的时间。如果您对填写此表格预估时间的准确性有任何意见或对改进此表格有任何建议，请写信邮寄至以下地址：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要须知

请勿将本表格或任何含有您的个人信息材料（例如索赔单、付款证明、医疗记录等）寄送至 PRA 报告审核办公室 (Reports Clearance Office)。如果收到任何与表格改进意见或信息收集任务（如 OMB 0938-1378 中所述）无关的资料，我们将予以销毁。我们不会保存或审查此类资料，也不会将其转交给相关计划。请参阅本页“接下来会发生什么？”部分，将您填写的表格寄送至相关健康计划。

第 1 部分 – 必须填写本页所有字段（标有“选填”的字段除外）

请选择您希望参保的计划：

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP)：每月 \$0 – \$58.80
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP)：每月 \$0 – \$58.80
- VillageCareMAX Medicare Select Advantage Plan (HMO)：每月 \$0 – \$58.80

名字： _____ 姓氏： _____ [选填：中间名首字母缩写]： _____

出生日期：（月/日/年） _____ 性别： _____ 电话号码： _____
（ ____ / ____ / ____ ） 男 女 （ _____ ）

永久住所的街道地址（请勿填写邮政信箱。请注意：对于无家可归者，可将邮政信箱视为永久住所地址。）：

城市： _____ [选填：县]： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

如果与永久地址不同，请填写邮寄地址（可填写邮政信箱）：
街道地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

您的 Medicare 信息：

Medicare 编号： _____ - _____ - _____

请回答以下重要问题：

除 VillageCareMAX 外，您是否还会购买其他处方药保险（例如 VA、TRICARE）？ 是 否

其他保险名称： _____ 该保险的会员号码： _____ 该保险的团体编号： _____

您是否已参保州 Medicaid 计划 (State Medicaid Program)? 是 否

如果“是”，请提供您的 Medicaid 编号： _____

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP)：请勾选适用项
您是否符合纽约州 Medicaid 项下的 Medicare 费用分摊补助资格？
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP)：请勾选适用项
请确认您是否符合以下所有要求：1) 您有资格获得纽约州 Medicaid 计划的全面承保；2) 您已年满 18 周岁；以及 3) 根据注册护士的评估，您符合疗养院级别护理资格，且自参保生效日期起已连续获得 120 天以上的社区或机构长期护理服务？4) 需要超过 120 天社区长期服务与支持 (CBLTSS)，并且满足以下法定最低护理需求 (Minimum Needs Requirements):
 - o 两项以上日常生活活动 (Activities of Daily Living, ADL) 至少需要身体活动协助；确诊痴呆症或阿尔茨海默病患者，至少需要接受多项 ADL 监护。

重要须知：请阅读下方内容并签名：

- 本人必须同时保留 Hospital (A 部分) 和 Medical (B 部分)，才能继续参与 VillageCareMAX。
- 参保 Medicare Advantage 计划，即表示本人知晓 VillageCareMAX 将与 Medicare 分享本人的信息，且 Medicare 可使用这些信息追踪本人的参保情况、进行付款，以及用于联邦法律许可的其他目的（该法律授权收集此类信息，详见下文“隐私法声明”）。本表格为自愿填写，但不填写可能会影响参保。
- 本人了解，本人在同一时间内只能参保一项 Medicare Advantage (MA) 计划或 D 部分计划，且参保该计划后，本人在另一项 MA 计划或 D 部分计划中的参保资格将自动终止（MA 私人付费服务计划 [Private Fee-for-Service, PFFS] 和 MA 医疗储蓄账户计划 [Medical Savings Account, MSA] 除外）。
- 本人理解，在 VillageCareMAX 保险生效后，所有医疗和处方药福利都必须通过 VillageCareMAX 获取。VillageCareMAX 提供的各项福利与服务，且这些福利和服务已包含在您的 VillageCareMAX 《承保范围说明书》(Evidence of Coverage)文件（也称为成员合同或订阅者协议）中，均在承保范围内。Medicare 和 VillageCareMAX 不会为未承保的福利或服务支付费用。
- 据本人所知，本参保申请表上的信息均真实准确。本人理解，若本人在本表格中故意提供虚假信息，将会被取消参保资格。
- 本人理解，本人在本申请表上签名（或经合法授权，可以代表本人行事之人的签名）意味着本人已阅读并理解本申请表的全部内容。如果由授权代表签名（如上文所述），该签名即证明：
 - 1) 此人已依据州法律获得授权来填写本参保申请表，并且
 - 2) 可应 Medicare 要求提供授权证明文件。

签名：

今日日期：

如果您是授权代表，请在上方签名并填写以下这些字段：

姓名：

地址：

电话号码：

与参保人的关系：

第 2 部分 – 本部分的所有字段均为选填项

您可自主决定是否回答这些问题。不得因您未填写这些内容而拒绝您的参保申请。

如果您希望我们以英语以外的语言格式向您发送信息，请选择一项。

- 西班牙语 西班牙克里奥尔语 中文 阿拉伯语 韩语 俄语 意大利语 法语
 法属克里奥尔语 意第绪语 波兰语 他加禄语 孟加拉语 阿尔巴尼亚语 希腊语 乌尔都语

如需无障碍格式的信息，请选择一项。

- 盲文 大字体 音频 CD 数据 CD

如需上述选项以外的其他无障碍格式信息，请拨打 1-855-296-8800 联系 VillageCareMAX。
我们办公室的服务时间为每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。TTY 用户请拨打 711。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否

请列出您的初级保健医生 (Primary Care Physician, PCP)、诊所或健康中心的相关信息
(如果您未选择，VillageCareMAX 将为您指派一名 PCP)：

姓名：_____

地址：_____

电话：_____

美国国家医疗服务提供者标识符 (National Provider Identifier, NPI) _____

您目前是否在该医生处就诊？ 是 否

本人想通过电子邮件获取以下材料。请勾选一项或多项。

参保前资料

- 福利概要
 Medicare 星级评分文件
 Medicaid Advantage Plus (MAP) 计划清单
 客户长期护理指南
 妥善填写的 Medicare 参保表

电子邮件地址：

参保资料

- 承保范围说明书
 医疗服务提供者与药房名录
 处方集 (承保药物清单)

支付您的计划保费

您可以通过邮寄、“电子资金转账 (Electronic Funds Transfer, EFT)” 或“信用卡”按月支付月度计划保费

(包括您当前已产生或可能积欠的任何逾期参保罚金)。您也可以选择每月从您的社安金或铁路退休委员会 (RRB) 福利中自动扣款, 以支付保费。]

请选择保费付款方式:

- 获取账单。您可以在每个月邮寄月度计划保费 (包括您当前已产生或可能积欠的任何逾期参保罚金)。
- 每月从您的银行账户进行电子资金转账 (EFT)。请附上作废支票或提供以下信息:
银行名称: _____
账户持有人信息: _____
银行路由号码: _____ 银行账号: _____
账户类型: 支票账户 储蓄账户
- 信用卡。请提供以下信息:
信用卡类型: _____
卡面所示账户持有人姓名: _____
账号: _____
有效期: ____/____ (月/年)
银行卡安全码 (CARD VERIFICATION VALUE, CVV): _____
账单接收地址: _____
城市: _____
州: _____
邮政编码: _____
- 从您每月的社安金中自动扣除
- 从您每月的铁路退休委员会福利 (RRB) 中自动扣除

若您需要缴纳 D 部分-收入相关月调整额 (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), 您需在计划保费之外额外支付这笔费用。该金额通常从您的社安金中扣除, 或者您可能收到来自 RRB 的扣款通知。请查看 www.cms.gov 有关 D 部分 IRMAA 费用。

仅限协助参保人填写表格的人员填写

如果您是以个人身份 (例如代理人、经纪人、州健康保险援助计划 [State Health Insurance Assistance Program, SHIP] 顾问、家庭成员, 或者其他第三方) 协助参保人填写本表格, 请填写此部分。

姓名: _____ 与参保人的关系: _____
签名: _____ 全美保险经纪人执业编号 (仅限代理人/经纪人填写): _____

仅限官方使用:

工作人员/代理人/经纪人姓名 (若协助填写参保申请表): _____

工作人员/代理人/经纪人接收申请表的日期: _____

合约 H2168/计划 ID 号: _____

保险生效日期: _____

初始保险选择期 (Initial Coverage Election Period, ICEP)/初始参保期 (Initial Enrollment Period, IEP): _____

年度参保期 (Annual Enrollment Period, AEP): _____ MA 开放参保期 (Open Enrollment Period, OEP): _____

特殊参保期 (Special Enrollment Period, SEP) (类型): _____ 护理机构居住者

开放参保期 (Open Enrollment Period for Institutionalized Individuals, OEPI): _____

不符合资格的原因: _____

隐私法声明

Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 会从 Medicare 计划中收集信息, 用途包括追踪受益人在 Medicare Advantage (MA) 计划中的参保情况、优化医疗服务以及支付 Medicare 福利。《社会保障法》(Social Security Act) 第 1851 条规定以及《联邦法规汇编》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 422.50 条和第 422.60 条的规定授权收集此信息。根据《记录系统通知》(System of Records Notice, SORN) “Medicare Advantage 处方药计划 (MARx)” (系统编号 09-70-0588), Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 可使用、披露及交换 Medicare 受益人的参保数据。本表格为自愿填写, 但不填写可能会影响参保。