

## 附件 1：註冊 MEDICARE ADVANTAGE 計劃（C 部分）或 MEDICARE 處方藥計劃（D 部分）的個人註冊申請書範本

### 誰可以使用此表？

擁有 Medicare 並想要加入 Medicare Advantage 計劃或 Medicare 處方藥計劃的人。

#### 如要加入計劃，您必須：

- 為美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃服務區域內

**重要資訊：**如要加入 Medicare Advantage 計劃，您也必須擁有：

- Medicare A 部分（醫院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

### 我該什麼時候使用此表？

您可以在以下時間加入計劃：

- 在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日間（針對從 1 月 1 日開始的保險）
- 首次獲得 Medicare 後 3 個月內
- 在允許您加入或轉換計劃的特定情況下

請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 了解更多關於註冊時間的資訊。

### 我需要些什麼來完成此表？

- 您的 Medicare 號碼（在您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的固定住址和電話號碼

**注意：**您必須填寫第一部分的所有項目。第二部分中的項目是可選填的——您不會因為沒有填寫它們而被拒絕投保。

### 提醒：

- 如果您想在秋季公開參保期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）參加計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日前收到您填寫完的表格。
- 您的計劃將向您發送一份計劃保費帳單。您可以選擇從您的銀行帳戶或您的每月社會保險（或鐵路退休委員會）福利中扣除保費支付額。

### 接下來呢？

將您填寫完並簽名的表格寄送至：

VillageCareMAX  
112 Charles Street  
New York, NY 10014

計劃將在處理完您的加入請求後與您聯繫。

### 我如何獲得與此表相關的協助？

撥打電話 1-800-469-6292 聯繫

VillageCareMAX。TTY（聽障）用戶可以撥打 711。

或者，撥打電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare。TTY（聽障）用戶可以撥打 1-877-486-2048。

**En español:** Llame a VillageCareMAX al 1-800-469-6292/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

**第一部分——本頁中的所有欄位皆為必填（除非標註選填）**

請選擇您想要加入的計劃：

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) 計劃，每月 \$0 - \$42.30 美元  
 VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP) 計劃，每月 \$0 美元

名字： \_\_\_\_\_ 形式： \_\_\_\_\_ [選填：中間名首字母]： \_\_\_\_\_

出生日期：(MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )       男  女      (      )

固定居住街道地址（請勿輸入郵政信箱）： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ [選填：國家]： \_\_\_\_\_ 所在州： \_\_\_\_\_ 郵政編碼： \_\_\_\_\_

郵寄地址，如果與您的固定住址不同（可以輸入郵政信箱）：  
 街道地址： \_\_\_\_\_ 城市： \_\_\_\_\_ 所在州： \_\_\_\_\_ 郵政編碼： \_\_\_\_\_

**您的 Medicare 資訊：**

Medicare 號碼： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**請回答這些重要的問題：**

除了 VillageCareMAX 之外，您是否還將投保其他處方藥保險（例如 VA、TRICARE）？

是  否

其他保險的名稱： \_\_\_\_\_ 該保險的會員號： \_\_\_\_\_ 該保險的組別號： \_\_\_\_\_

您是否參加了州聯邦醫療保險計劃？  是  否

如果「是」，請提供您的聯邦醫療保險編號： \_\_\_\_\_

● **VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) 計劃**：如適用，請勾選   
 您是否有資格根據紐約州 Medicare 獲得 Medicare 費用分攤援助？

● **VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP)**：如適用，請勾選   
 請說明您是否滿足以下所有要求：1) 您有資格獲得完整紐約州 Medicaid 保險；2) 您年滿 18 周歲或以上；以及 3) 根據由註冊護士完成的評估，您有資格獲得養老院級別的護理，並要求獲得位於社區或基於設施的長期護理服務，自註冊生效起連續超過 120 天？

**重要資訊：請閱讀並在下方簽名：**

- 我必須同時持有醫院（A 部分）和醫療（B 部分）才能夠留在 VillageCareMAX 中。
- 加入該 Medicare Advantage 計劃或 Medicare 處方藥計劃即表示我悉知 VillageCareMAX 將與 Medicare 共用我的資訊，後者可以將其用於追蹤我的註冊、付款以及授權此組資訊用於聯邦法律允許的其他目的（請見下方《隱私法案聲明》）。
- 您可自願回覆此表。然而，未能回覆可能會影響您參加計劃。
- 此註冊表中的資訊據我所知是正確的。我理解，如果我故意在此表上提供虛假資訊，那麼我將退出此計劃。
- 我知道，Medicare 投保人在外國時通常不享受 Medicare，除在美國邊境附近有限的承保。
- 我知道，當我的 VillageCareMAX 保險開始後，我必須從 VillageCareMAX 中獲得我所有的醫療和處方藥福利。由 VillageCareMAX 提供並包含在 VillageCareMAX 「承包範圍證明」文件（也被稱為會員合同或訂購人協定）中的福利和服務都在承包範圍中。Medicare 和 VillageCareMAX 都不會支付不包含在其中的福利或服務。
- 我知道，我在該申請上的簽名（或合法授權代表我的行事人的簽名）表示我已閱讀並理解該申請的內容。如果由授權代表簽字（如上所述），該簽名證明：
  - 1) 此人根據州法律授權完成該註冊，且 2) 此授權文件可應 Medicare 要求提供。

簽名：

今天的日期：

如果您是一位授權代表，請在上方簽字並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與註冊人的關係：

## 第二部分——本頁中所有欄都是選填欄位

您可以自行選擇是否回答這些問題。您不會因為沒有填寫它們而被拒絕投保。

如果您想讓我們以英語之外的其他語言向您傳送資訊，請選擇一項。

- 中文
- 西班牙文

如果您想讓我們以可存取的格式向您發送資訊，請選擇一項。

- 點字
- 大字體
- 音訊 CD

如果您需要以上述列出項之外的可存取格式獲得資訊，請撥打電話 1-800-469-6292 聯繫 VillageCareMAX。我們的辦公時間為早 8 點到晚 8 點，每週七天。TTY（聽障）用戶可以撥打 711。

您是否工作？  是  否 您的配偶是否工作？  是  否

列出您的初級護理醫師 (PCP)、診所或健康中心：

姓名：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ NPI：\_\_\_\_\_

我想要透過電子郵件獲得下列材料。選擇一項或多項。

### 參保前

- 福利摘要
- Medicare 星級評定文檔
- Medicaid Advantage Plus (MAP) 計劃
- 消費者長期護理指南
- 完整的 Medicare 註冊表

### 參保

- 承保範圍證明
- 供應商藥房目錄
- 處方集

電子郵件地址：\_\_\_\_\_

## 支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄支付您的月度計劃保費（包括任何您當前的或可能欠下的逾期註冊處罰金）。您也可以選擇自動從您的社會保障或鐵路退休委員會 (RRB) 福利中每月扣除來支付您的保費。

如果您需要支付 D 部分——收入相關月度調整金額（D 部分-IRMAA），您必須在您計劃的保費之外支付這筆額外的費用。該筆費用通常從您的社會保障福利中扣除，您也可以從 Medicare（或 RRB）處獲得一份帳單。請不要向 VillageCareMAX 支付 D 部分-IRMAA。

### 隱私法案聲明

Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃處收集資訊，以便追蹤 Medicare Advantage (MA) 或處方藥計劃 (PDP) 的受益人註冊情況，改善護理，並用於 Medicare 福利支付。《社會保障法》第 1851 節和 1860D-1 節，以及 42 CFR §§ 422.50、422.60、423.30 和 423.32 節授權收集該資訊。CMS 可使用、披露和交換記錄通知 (SORN) 「醫療保險優勢處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中指定的醫療保險受益人的註冊數據。您可自願回覆此表。然而，未能回覆可能會影響您參加計劃。