



如果您需要其他语言或格式的信息, 请联系安保健健康保险。

**如要投保, 请提供以下信息:**

**申请人须知:** 有关安保健联邦医疗保险优惠计划的服务范围及保费的信息, 请参阅福利概述。请选择您想投保的计划:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>安保健尊享联邦医疗保险双重资格计划 (VIP Dual) (HMO D-SNP)</b> | <input type="checkbox"/> <b>安保健尊享联邦医疗保险终极计划 (VIP Dual Select) (HMO D-SNP)</b> | <input type="checkbox"/> <b>安保健尊享联邦医疗保险三重计划 (VIP Solutions) (HMO D-SNP)</b> |
|--|---|---|

姓氏:	名字:	称谓:	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 女士
出生日期: ____/____/____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家庭电话号码: ( ) _____ - _____	手机号码: ( ) _____ - _____
电子邮箱地址:			
永久住宅街道地址 (不能是邮政信箱):			
城市:	州:	邮政编码:	
邮寄地址 (如果与上述地址不同):			
城市:	州:	邮政编码:	
紧急联系人:	电话号码:	与您的关系:	

**请提供您的联邦医疗保险, 即红蓝卡信息**

请拿出您的红、白、蓝三种颜色的联邦医疗保险卡来填写这一部分。

- 请填写您的联邦医疗保险卡上显示的信息。
- 或者 -
- 附上您的联邦医疗保险卡或来自社会保障或铁路退休委员会的信件的复印件。

姓名 (与联邦医疗保险卡上显示的相同):

\_\_\_\_\_

联邦医疗保险编号: \_\_\_\_\_

有权享有: \_\_\_\_\_ 有效日期: \_\_\_\_\_

医院 (A 部分): \_\_\_\_\_

医疗 (B 部分): \_\_\_\_\_

您必须有联邦医疗保险的 A 部分和 B 部分才能加入联邦医疗保险优惠计划。

## 支付保费

您可以通过信函来支付每月的医保保费（包括您目前或可能欠下的任何注册逾期罚金），或访问 [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) 获取其他支付选项。您也可以选择每月从您的社会保险或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣除保费。如果您每月被评估一个“D 部分 - 收入相关月度调整金额”，则社会保险局会通知您。您将负责支付您的计划保费之外的额外金额。您要么从您的社会保险福利支票中扣款，要么直接向联邦医疗保险或 RRB 出具账单。不要向安保健健康保险支付“D 部分 - IRMAA”。

（在社会保险或 RRB 批准扣款后，社会保险/RRB 扣款可能需要两个月或更长时间。在大多数情况下，如果社会保险或 RRB 接受您的自动扣款请求，您的社会保险或 RRB 福利支票的第一次扣款将包括从您的注册生效日起至扣除额开始的所有到期保费。如果社会保险或 RRB 不同意您的自动扣款请求，我们将向您发送每月保费的纸质账单。）

收入有限的人士有资格就其支付处方药费用获得“额外补助”。如果符合条件，联邦医疗保险可以支付 75% 或更多的药物费用，包括每月处方药保险费、每年自付额和共同保险。此外，符合承保条件的人将不会面临承保范围缺口或延迟注册罚款。许多人有资格获得这些节省，但他们自己却不知道。有关此额外帮助的更多信息，请联系您当地的社会保险办公室，或致电 **800-772-1213**，联系社会保险局。听力或语言残障人士 TTY 用户应该拨打 **800-325-0778**。您也可以在 [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://socialsecurity.gov/prescriptionhelp) 网站上在线申请额外帮助。如果您有资格获得针对您的联邦医疗保险处方药承保费用的额外帮助，联邦医疗保险将支付您的全部或部分计划保费。如果联邦医疗保险只支付部分保费，我们将向您支付联邦医疗保险不涵盖的金额。如果您不选择付款方式，那么您将每个月收到账单。

您是否想想从您的社会保险 (SSA) 或铁路退休委员会 (RRB) 月度福利支票中扣除本计划的保费？  是  否

我的月度福利来自： 社会保险 (SSA)  铁路退休委员会 (RRB) 福利

### 请阅读并回答这些重要的问题：

1. 您是否有终末期肾病 (ESRD)?  是  否  
如果你已成功进行肾移植及/或不再需要定期透析，请附上一份来自您的医生的证明文件或记录，证明你已成功进行肾移植或不需要透析；否则，我们可能需要联系您以获取更多信息。
2. 有些人可能有其他药物保险，包括其他私人保险、TRICARE、联邦雇员健康保险、退伍军人管理局 (VA) 福利或州药物援助计划。  
除了这个计划，您是否还有其他处方药承保范围？  是  否  
如果“是”，请列明您的其他承保范围以及您用于该承保范围的身份 (ID) 编号：  
其他承保范围的名称： \_\_\_\_\_ 该承保范围的 ID 编号： \_\_\_\_\_ 该承保范围的群组编号： \_\_\_\_\_
3. 您是否住在长期护理机构（如疗养院）？  是  否  
如果“是”，请提供以下信息：机构名称： \_\_\_\_\_  
机构地址及电话号码（街道及门牌号）： \_\_\_\_\_
4. 您是否注册加入了您所在州的医疗补助计划？ \*（投保特殊需求计划 SNP 必填项）  是  否  
如果“是”，请提供您的医疗补助编号： \_\_\_\_\_
5. 您或您的配偶是否正在工作？  是  否
6. 请从我们的服务提供方名录中选择主治医生 (PCP) 的姓名。  
姓名 \_\_\_\_\_ PCP 编号 \_\_\_\_\_  当前患者

如果您希望我们使用英语以外的语言或以可访问的格式向您发送信息，请选中下面的其中一个方框：

西班牙语  中文  大号字体

请联系安保健健康保险，电话是 **888-447-7860**，听力或语言残障人士 **TTY** 专线：**711**，服务时间为 **10月1日至3月31日期间每周7天，8:00 am 至 8:00 pm**，

**4月1日至9月30日期间周一至周五 8 am 至 8 pm**，获取以上面列出的可访问格式或语言之外的格式和语言提供的信息。

请填写此部分，以协助决定您有资格获得哪一个选择期

通常，您只能在每年 **10月15日至12月7日** 之间的年度投保期间加入联邦医疗保险优惠计划。有一些例外情况可能允许您在这段时间之外投保联邦医疗保险优惠计划。

请仔细阅读以下声明，并请勾选适用于您的声明的方框。通过勾选下列任何一个选项，您就可以证明，就您所知，您有资格参加注册期。如果我们后来发现这些信息不正确，您可能会被取消保险资格。

- 我在每年 10月15日至12月7日的年度投保期 (AEP) 内投保。
- 我刚投保联邦医疗保险。
- 我参加了一个联邦医疗保险优惠计划，想在联邦医疗保险优惠公开投保期 (MA OEP) 内进行变更。
- 我最近搬离了我当前计划的服务区域，或者我最近搬家了，这个计划对我来说是一个新选项。我搬家日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我最近刚出狱。我的出狱日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我在美国境外永久居住后，最近回到了美国。我返回美国的日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我最近获得了在美国的合法居留身份。我获得该身份的日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我的医疗补助，即白卡最近发生了变更（新获得医疗补助、医疗补助补助水平发生变化、或者是失去医疗补助），日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我的用于支付联邦医疗保险处方药承保范围的额外补助 (Extra Help) 最近发生了变更（新获得额外补助、额外补助水平发生变化、或者是失去额外补助），日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我有联邦医疗保险和医疗补助（或者我的州帮助支付我的联邦医疗保险保费），或者我得到额外补助来支付我的联邦医疗保险处方药承保范围，但我没有进行变更。
- 我要搬进、生活在或最近搬离一个长期护理机构（例如，疗养院或长期护理机构）。我搬进/将要搬进/搬离设施的日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我最近离开了一个 PACE 计划，日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 最近，我被迫地失去了值得信赖的处方药承保范围（与联邦医疗保险承保范围一样好的承保范围）。我失去了我的药物承保范围，日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我将离开雇主或工会承保范围，日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我属于一个由我所在州提供的药物援助计划。
- 我的保险终止了与联邦医疗保险的合同，或者联邦医疗保险终止了与我的保险的合同。
- 我投保了联邦医疗保险（或我所在州）的一个计划，而我想投保一个不同的计划。我注册加入那个计划的开始日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我投保了一个特殊需求计划 (SNP)，但我已经失去了参加该计划所需的特殊需求资格。我已被从特殊需求计划中除名，日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
- 我受到了与天气有关的紧急情况或重大灾难（由联邦紧急事务管理局 (FEMA) 宣布）的影响。这里的另一项陈述也适用于我，但由于自然灾害，我无法进行投保。
- 这些陈述都不适用于我。

如果这些陈述都不适用于您或您不确定，请联系安保健健康保险，电话是 **888-447-7860**，听力或语言残障人士 **TTY** 专线：**711**，服务时间为 **10月1日至3月31日期间每周7天，8:00 am 至 8:00 pm**，**4月1日至9月30日期间周一至周五 8 am 至 8 pm**，了解您是否有资格注册参加。



## 请阅读这些重要信息

如果您目前有雇主或工会提供的医疗承包范围，那么加入本计划可能会影响您的雇主或者工会健康福利。如果您加入本计划，您可能会失去您的雇主或工会的医疗承保范围。请阅读您的雇主或工会发给您的通信。如果您有任何疑问，可以访问他们的网站，或者联系他们的通信中列出的办公室。如果没有任何关于联系人的信息，则您的福利管理员或负责回答关于您的承保范围问题的办公室可以提供帮助。

## 请阅读并在下方签名

### 通过填写这份注册申请表，我同意以下内容：

安保联邦医疗保险计划是联邦医疗保险优惠计划，并与联邦政府签订合同。我将需要保留我的联邦医疗保险 A 和 B 部分。我一次只能参加一个联邦医疗保险优惠计划，而且我明白，我注册参加这个计划将自动终止我注册加入另一个联邦医疗保险健康计划或处方药计划。我有责任向贵方告知我已经或将来可能获得的任何处方药承保范围。注册参加这个计划通常是全年的。注册之后，我只可以在一年中注册期可用的某些特定时间（例如每年 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情况下离开这个计划或进行变更。

安保联邦医疗保险服务于特定的服务区域。如果我离开这些计划服务的区域，我需要通知计划，从而我可以退出注册，并在我的新地区找到一个新计划。一旦我成为这个计划会员，我就有权对我不同意的关于付款或服务的计划决定提出申诉。当我了解到我必须遵循哪些规则才能获得这个联邦医疗保险优惠计划的承保范围时，我将阅读安保联邦医疗保险提供的承保范围证明文件。我知道，有联邦医疗保险的人在国外通常不享受联邦医疗保险，除了美国边境附近的有限承保范围。

我明白，从安保联邦医疗保险承保范围开始的那一天起，我必须从安保联邦医疗保险获得我所有的医疗保险，除了紧急或迫切需要的服务或在地区外的透析服务。由安保联邦医疗保险授权的服务，以及我的安保联邦医疗保险承保证明（也称为“会员合同”或“用户协议”）中包含的其他服务，将在承保范围内。未经授权，联邦医疗保险和安保健康保险都不会为这些服务付费。

我明白，如果我从安保健康保险雇用或签约的销售代理、经纪人或其他个人那里获得帮助，他/她可能会根据我注册加入安保联邦医疗保险计划而获得报酬。

我明白，我在本申请表上提供的电话号码和/或电子邮箱可能会被安保健康保险或其任何签约方使用，以便就我的账户、我的健保福利计划或相关计划或向我提供的服务联系我。

**发布信息：**通过加入这个联邦医疗保险健康计划，我承认，安保联邦医疗保险将在进行治疗、支付和医疗保健操作必要时把我的信息发布给联邦医疗保险和其他计划。我也承认，安保健康保险将向联邦医疗保险发布我的信息，包括我的处方药事件数据，联邦医疗保险可能会将这些信息用于研究和其他目的，而这种使用将遵循所有适用的联邦法规和规章。据我所知，这份注册表上的信息是正确的。我明白，如果我故意在此表格上提供虚假信息，我将被从计划中除名。

我明白，我在这份申请书上签名（或根据我居住州的法律获授权代表我行事的人的签名）即表示我已阅读并明白本申请书的内容。如果由授权个人（如上所述）签署，则该签名证明 1) 该个人根据州法律获授权来完成本注册；2) 该授权的文件可根据联邦医疗保险的要求提供。

如果您是获授权代表，您必须在上签名并提供以下信息：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

电话号码：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 与注册人的关系：\_\_\_\_\_

您的签名：\_\_\_\_\_

提议的生效日期：\_\_\_\_\_

今天的日期：\_\_\_\_\_

续

仅供公司使用

职员/代理/经纪人签名: \_\_\_\_\_ 代理人/经纪人 ID 编号: \_\_\_\_\_

接受日期: \_\_\_\_\_ 源代码: \_\_\_\_\_ 位置: \_\_\_\_\_

选择期: ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (类型): \_\_\_\_\_

预约范围 (如果不是研讨会, 则是必填项):  是研讨会  不是研讨会

**请将填妥的表格 (5 页) 传真或邮寄至:**

EmblemHealth Medicare  
P.O. Box 4001  
Farmington, CT 06034-9900  
传真: 1-866-890-7722

对于 2020 年合同年度: Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) 是一种 HMO/HMO-POS/HMO D-SNP 计划, 带有联邦医疗保险合同。HIP 与纽约医疗补助计划 HMO D-SNP 签订了一份合同。投保 HIP 需视合约续约情况而定。HIP 是安保健康保险公司旗下的公司。请注意: 若您说其他语言, 我们可为您提供免费的语言协助服务。请致电 877-411-3625 (听力或语言残障人士 TTY/TDD 专线: 711)。ATENCIÓN: Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-411-3625 (TTY/TDD: 711).

SilverSneakers® 健身计划由一家独立公司 Tivity Health, Inc. 提供。© 2019. 保留所有权利。