

投保联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡） （C 部分）的个人投保申请表

谁可以使用本表格？

想要加入联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）并有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人。

要加入一项计划，您必须：

- 是美国公民或合法居住在美国
- 住在该计划的服务区域内

重要须知：要加入联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡），您还必须同时拥有以下两项：

- 联邦医疗保险 A 部分（医院保险）
- 联邦医疗保险 B 部分（医疗保险）

我何时使用本表格？

您可以于以下时间加入一项计划：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日
（针对 1 月 1 日开始的承保范围）
- 在第一次获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）后的 3 个月内
- 在某些情况下，允许您加入或更换计划

请访问 [medicare.gov](https://www.medicare.gov)，了解关于何时可以投保计划的更多信息。

填写此表格需要准备什么？

- 您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）号码
（红色、白色和蓝色联邦医疗保险卡（Medicare，即红蓝卡）上的号码）
- 您的永久地址和电话号码

注意：完成第 1 部分中的所有项目。第 2 部分中的项目是可选的——您不会因为未填写而被拒绝承保。

提醒：

- 如果您想在秋季开放投保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）内加入一项计划，该计划必须在 12 月 7 日前收到您填写的表格。
- 您的计划将给您发送一份保费账单。您可以选择注册从您的银行账户或每月从您的社会安全局（或铁路退休委员会（RRB））的保险福利中自动扣除保费。

接下来会发生什么？

请将填写且签字的表格发送至：

EmblemHealth Medicare
PO BOX 4001
Farmington CT 06034-9900

一旦他们处理了您的加入请求，他们就会联系您。

如何获取关于填写此表格的协助？

请致电安保健康保险，电话是 **888-447-7860**。
听力或语言障碍人士 TTY 专线用户可致电 **711**。

或致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 **1-877-486-2048**，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。

En español: Llame a EmblemHealth al **800-447-5496**/
TTY: **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.

无家可归的个人

- 如果您想要加入计划但没有永久住所，那么邮政信箱、收容所或诊所的地址或者您接收邮件（例如社会保障支票）的地址可能被视为您的永久居住地址。

根据 1995 年的《减少文书工作法案》，除非收集到的信息显示了有效的 OMB 控制号码，否则不要求任何人对这些信息作出回复。此信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1378。完成这些信息所需的时间估计平均为每个回复 20 分钟，包括查看说明、搜索现有数据资源、收集所需数据以及完成和审查信息的时间。如果您对时间估计的准确性有任何意见，或对改进本表格有任何建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850。

重要须知

请勿将本表格或任何带有您个人信息（如索偿、付款、医疗记录等）的资料发送给 PRA 报告调查办公室。我们收到的任何与如何改进本表格或其收集负担（在 OMB 0938-1378 中列出）无关的资料都将被销毁。它不会被保存、审查或转发给计划。请参见此页上的“接下来会发生什么？”，将您填写的表格发送给计划。



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。

第 1 部分——如想投保, 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 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 的服务范围及保费的信息, 请参阅保险福利一览表。请勾选您想投保的计划:

安保健尊享联邦医疗保险双重资格专选计划
| (VIP Dual Reserve) (HMO D-SNP)

安保健尊享联邦医疗保险双重资格计划
(VIP Dual) | (HMO D-SNP)

姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 先生 太太 女士

出生日期: _____/_____/_____ 性别: 男 女 家庭电话号码: _____ () _____-_____ 手机号码: _____ () _____-_____

电子邮箱地址: _____

永久居住街道地址(非邮政信箱地址): _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

邮寄地址(仅在与上述地址不同时才填写): _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

紧急情况联系人: _____ 电话号码: _____ 与您的关系: _____

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 号码 _____ A 部分 _____/_____/_____ B 部分 _____/_____/_____

除了这个计划, 您是否还会有其他处方药物保险? 是 否
其他保险的名称: _____ 该保险的 ID 编号: _____ 该保险的团体号: _____

您是否投保了您所在州的医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡)? *(投保特殊需要计划 (SNP) 时需要) 是 否
如果“是”, 请提供您的医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 号码: _____

重要须知：请阅读并在下方签名

- 我必须同时保留医院（A 部分）和医疗（B 部分）保险，才能继续参与安联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）。
- 加入本“联邦医疗保险优惠计划（Medicare Advantage，即红蓝卡）”，即表示我承认安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）共享我的信息，而联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）可能会使用我的信息来追踪我的投保、进行付款，以及用于授权收集此信息的联邦法律允许的其他目的（参见第 4 页的《隐私法案》声明）。您对这份表格的回复是自愿的。但是，如果不作出回复可能会影响计划的投保。
- 我明白，我一次只能投保一个 MA 计划，并且投保这个计划将自动终止我投保另一个 MA 计划（MA PFFS、MA MSA 计划的情况例外）。
- 据我所知，这份投保表格上的信息是正确的。我明白，如果我故意在此表格上提供虚假信息，我将被取消该计划的投保资格。
- 我明白，当我的安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围开始生效时，我必须从安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）中获得我所有的医疗和处方药物保险福利。由安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提供，并由我的安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保证明（也称为“会员合约”或“用户协议”）中包含的保险福利和服务，将在承保范围内。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和安联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）都不会为不在承保范围内的保险福利或服务支付费用。
- 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健康保险或其任何签约方使用，以便就我的账户、我的健康保险福利计划或相关方案或向我提供的服务等事宜而联系我。
- 我明白，我在这份申请表上签名（或获合法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表的内容。如果由授权代表（如上所述）签署，本签名证明：
 - 1) 此人根据州法律授权完成本投保，并且
 - 2) 根据联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的要求，可提供该授权的文件记录。

您的签名：

拟定的生效日期（您希望计划开始的日期）：

今天的日期：

如果您是获授权代表，您必须在上面对签名并提供以下信息：

姓名： _____ **地址：** _____

电话号码： (_____) _____ **与投保人的关系：** _____

第 2 部分——此页面上的所有字段均为可选

回答这些问题是您的选择。您不会因为没有填写而被拒绝承保。

您可以通过邮件支付您的每月保费（包括您目前或可能欠下的任何投保逾期罚款），或访问 emblemhealth.com/medicare，获得其他支付选项。您也可以选择每月从您的社会安全局或铁路退休委员会 (RRB) 的保险福利支票中自动扣除保费。如果您支付“D 部分 - 根据收入而调整的月费 (IRMAA)”，则社会安全局 (SSA) 会通知您。您将负责支付您的计划保费之外的这部分额外金额。要么从您的社会保险福利支票中扣款，要么由联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 或铁路退休委员会 (RRB) 直接给您账单。不要向安保健康保险支付“D 部分 - 根据收入而调整的月费 (IRMAA)”。

您是否想从您的社会安全局 (SSA) 或铁路退休委员会 (RRB) 月度保险福利支票中扣除本计划的保费？

是 否

我的每月保险福利来自： 社会安全局 铁路退休委员会 (RRB)

请从我们的医疗服务提供方名录中选择初级保健医生 (PCP) 的姓名。

姓名 _____ 初级保健医生 (PCP) 编号 _____ 当前患者

您是否是拉美裔、拉丁裔或西班牙裔？选择所有适用选项。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 否，不是拉美裔、拉丁裔或西班牙裔 | <input type="checkbox"/> 是，古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人 | <input type="checkbox"/> 是，其他拉美裔、拉丁裔或西班牙裔 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |

您是什么种族？选择所有适用选项。

- | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 菲律宾人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 | <input type="checkbox"/> 白人 |
| <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 | <input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人 | <input type="checkbox"/> 其他亚裔 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 | |
| <input type="checkbox"/> 中国人 | <input type="checkbox"/> 韩国人 | <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 | |
| | | <input type="checkbox"/> 越南人 | |

通过在上方提供我的电子邮件并选择下面的方框，我将被注册以无纸化方式传输有关我的计划的一些通信内容。

- 我将通过电子方式收到许多必要的计划通信。当有新的通信（例如：福利说明 (EOB) 或年度变更通知）可以在线获取时，我们将向您发送一封电子邮件。我可以通过计算机、平板电脑或手机等任何设备查看这些通信。请注意，某些通信容量非常大，未必所有邮箱都适合传输。您可以随时变更您的传输偏好。

如果您希望我们使用英语以外的语言向您发送信息，请勾选下面的其中一个方框：

西班牙语 中文

如果您希望我们以您可访问的格式向您发送信息，请勾选下面的其中一个方框：

大号字体 音频 盲文

如果您需要获取以上面所列之外的可访问格式和语言提供的信息，请拨打 888-447-7860，联系安保健康保险（听力或语言障碍人士 TTY 专线：711）。服务时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日期间每周 7 天，每天 8 a.m. 至 8 p.m.；4 月 1 日至 9 月 30 日期间周一至周五，每天 8 a.m. 至 8 p.m.。

