



如果您需要其他語言或格式的資料,請聯繫安健康保險。

申請人須知:要瞭解提供給您的各聯邦醫療保險優惠計劃(Medicare Advantage)的服務區域及保費的詳情,請參閱《保險受益一覽表》。請勾選您想要投保的計劃:

<input type="checkbox"/> 安保親情聯邦醫療保險基本計劃 (Essentials)(HMO)	<input type="checkbox"/> 安保親情聯邦醫療保險三重計劃 (Solutions) (HMO SNP)
<input type="checkbox"/> 安保親情聯邦醫療保險紐約市基本計劃 (NYC) (HMO)	<input type="checkbox"/> 安保親情聯邦醫療保險終極計劃 (Ultimate) (HMO SNP)

姓:	名:	中間名縮寫:	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 女士
出生日期: ____/____/____	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住宅電話號碼: ()____-____	手機號碼: ()____-____
電子郵件:			
永久住所街道地址 (不得使用郵政信箱):			
城市:	州:	郵編:	
郵寄地址 (如果與您的住所地址不同):			
城市:	州:	郵編:	
緊急情況聯繫人:	電話號碼:	與您的關係:	

請提供您的聯邦醫療保險資料

<p>請取出您的紅色,白色和藍色聯邦醫療保險卡,俗稱紅藍卡來完成這個部分。</p> <ul style="list-style-type: none"> 請填寫這些空格,使之與您的聯邦醫療保險卡上顯示的資料相符。 - 或者 - 附上您的聯邦醫療保險卡副本或社會安全局 (SSA)或鐵路退休委員會 (RRB) 信函的副本。 	<p>姓名(與您的聯邦醫療保險卡上顯示的相同): _____</p> <p>聯邦醫療保險號碼: _____</p> <p>有權享有: _____ 有效日期: _____</p> <p>醫院保險福利(A部分): _____</p> <p>醫療保險福利(B部分): _____</p> <p>您必須享有聯邦醫療保險A部分和B部分福利,才能加入聯邦醫療保險優惠計劃。</p>
---	--

支付您的計劃保費

您每月可以通過郵件或電匯(EFT)支付月保費(包括您目前有的或可能欠的任何延遲加入計劃罰款)(見內附表格)。您還能選擇每月從您的社會保障福利支票或鐵路退休委員會(RRB)福利支票中自動扣除保費。如果經過評估確定您需要繳納D部分-根據收入而調整的月費(IRMAA),社會安全局(SSA)會通知您。您除了繳納計劃保費,還負責支付這項額外費用。您可以選擇從您的社會安全福利支票中扣除此項費用,也可以選擇由聯邦醫療保險或鐵路職工退休委員會直接開賬單給您。切勿將D部分-根據收入而調整的月費(IRMAA)的款項支付給安保健康保險。

(社會安全局/鐵路職工退休委員會批准扣款之後,社會安全局/鐵路職工退休委員會福利支票扣款可能至少需要兩個月才開始。在大多數情況下,如果社會安全局/鐵路職工退休委員會接受您的自動扣款請求,社會安全局/鐵路職工退休委員會福利支票的第一筆扣款會包括從您加入計劃生效日起到預扣款開始時所累積的所有保費。如果社會安全局/鐵路職工退休委員會不批准您的自動扣款請求,我們會把您每月保費的賬單郵寄一份給您。)

低收入者可能有資格獲得額外補助(Extra Help)以用於支付其處方藥費用。如符合資格,聯邦醫療保險將會支付75%或75%以上的藥物費用,包括處方藥月保費、年度自付額及共同保險金。此外,符合資格者將不會有非承保階段也無須支付延遲投保罰款。許多人都有資格享有這些優惠,但卻不知道有這些優惠。如需更多有關此額外補助的資訊,請與您當地的社會安全局辦公室聯絡,或致電社會安全局,電話800-772-1213。聽力或語言殘障人士請致電800-325-0778。您還可以上網申請額外幫助,網址是:www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。如果您有資格得到聯邦醫療保險處方藥承保費用的額外幫助,聯邦醫療保險會全額或部分支付您的計劃保費。假如聯邦醫療保險僅支付一部分的保費,我們將向您收取聯邦醫療保險不承保部分的金額。

您是否願意將該計劃的保費從您每月的社會安全局/鐵路職工退休委員會福利支票中扣除? 是 否
我每月獲得的福利: 社會安全局(SSA) 鐵路職工退休委員會(RRB)

請閱讀和回答這些重要的問題:

1. 您是否有晚期腎臟疾病(ESRD)? 是 否
如果您已成功進行腎臟移植並且(或者)您不需要常規透析,請附上證明您已成功進行腎臟移植或您不需要透析的醫師說明或記錄,否則,我們可能需要與您聯繫,獲取其它資訊。
2. 某些人可能有其它藥物承保,包括其它私人保險,美軍衛生保健計劃(TRICARE),聯邦政府雇員保健福利計劃,退伍軍人福利或州政府藥物協助計劃。
您是否將享有除此計劃之外的其它處方藥承保? 是 否
如果“是”,請列出您的其它承保和該承保的會員(ID)號碼:
其它承保名稱: _____ 該承保的會員號: _____ 該承保的團體號: _____
3. 您是不是長期護理院(如療養院)的居民? 是 否
如果“是”,請提供以下資料: 機構名稱: _____
機構地址和電話號碼(號碼和街道): _____
4. 您是否加入了州政府醫療補助計劃? *(投保特別需要計劃(SNP)必填) 是 否
如果“是”,請提供您的醫療補助號碼: _____
5. 您與您的配偶是否工作? 是 否
6. 請從我們的醫師計劃目錄中選擇主治醫師(PCP)姓名。
姓名 _____ 主治醫師號碼(PCP #) _____ 目前病人

如果您希望我們發送給您英文以外其它語言或格式的資料,請勾選下邊一個方框:

西班牙文 中文 大字打印

如果您需要無障礙格式或其它語言的資料,請致電 888-447-7860 與安保健聯邦醫療保險HMO聯繫。
聽力或語言殘障人士 TTY用戶請致電 711 聯繫。每周 7 天, 8 am - 8 pm。

請填寫這一部分以幫助確定您符合哪個投保期的資格

通常，您只可在每年10月15日至12月7日的年度開放投保期加入一項聯邦醫療保險優惠計劃。某些例外情況可允許您在上述期間之外加入一項聯邦醫療保險優惠計劃。

請認真閱讀以下陳述，並勾選適用於您的陳述的方框。您一旦勾選以下任何方框，即表示您證明，就您所知，您符合投保期內資格。如果我們日後確定該資料不正確，您可能被除名。

- 我新加入聯邦醫療保險。
- 我加入了聯邦醫療保險優惠計劃，並希望在計劃開放投保期期間((MA OEP) 進行一些更改。
- 我最近搬家離開了我當前計劃的服務區域或我最近搬了家，而且該計劃是我的一個新選項。
我在 ____/____/____ 搬家。
- 我的醫療補助，俗稱白卡，最近在 ____/____/____ 發生了變化 [新獲醫療補助，醫療補助等級有變更，或失去醫療補助]。
- 用以支付我的聯邦醫療保險處方藥的額外幫助最近在 ____/____/____ 發生了變化(新獲額外幫助，額外幫助等級有改變，或者失去了額外幫助)。
- 我既有聯邦醫療保險，也有政府醫療補助，或者我所在的州政府幫助支付我的聯邦醫療保險，或者我得到額外幫助用以支付聯邦醫療保險處方藥承保，但是我沒有任何更改。
- 我在 ____/____/____ 搬入，居住在或最近離開了長期護理院(如：療養院或長期護理院)。
- 我最近在 ____/____/____ 加了一個老年人全面護理計劃(PACE)計劃。
- 我最近非自願的失去了可靠的處方藥承保[相當與聯邦醫療保險的承保]。我在 ____/____/____ 失去了我的藥物承保。
- 我即將在 ____/____/____ 離開雇主或工會承保。
- 我屬於所在州政府提供的一項配藥協助計劃。
- 我在美國以外的地方永久居住之後，最近在 ____/____/____ 回到美國。
- 我的計劃將結束與聯邦醫療保險的合約，或聯邦醫療保險將結束與我的計劃的合約。
- 我投保了一個聯邦醫療保險(或我的州)計劃，我想選擇一個不同的計劃。我加入的計劃於 ____/____/____ 開始生效。
- 我投保了一項特別需要計劃 (SNP)，但我已經失去留在該計劃中必須的特別需要資格。
我在 ____/____/____ 退出了特別需要計劃。
- 這些陳述都不適用於我。

如果沒有一項陳述適用於您，或者您不確定，請致電 888-447-7860 與安保健康保險聯繫(聽力或語言殘障人士 TTY請致電 711聯繫)，看看您是否有資格加入。每週7天，8 am - 8 pm。



請閱讀以下重要資訊

如果您目前享有雇主或工會提供的健康保險，加入本計劃可能影響您的雇主或工會健康保險受益。加入本計劃，可能使您失去雇主或工會提供的健康保險。請閱讀雇主或工會發送給您的通訊資料。如果您有問題，請參閱其網站，或與其通訊資料上所列的辦事處聯繫。如果沒有聯繫人資料，您的保險受益管理員或解答承保問題的辦事處可提供幫助。

請閱讀以下內容並簽名：

填寫完這份登記申請，即表示我同意以下內容：

安保聯邦醫療保險HMO計劃是與聯邦政府簽有合約的聯邦醫療保險優惠計劃。本人必須保有聯邦醫療保險A部分和B部分福利。本人每次只能參加一項聯邦醫療保險優惠計劃，且本人瞭解，在本人投保此項計劃之後，本人在其他聯邦醫療保險健保計劃或處方藥計劃的投保將會自動終止。本人有責任讓您知道本人已有或將來可能有的任何處方藥承保。在本人投保之後，本人僅可在一年當中投保期開放的特定時間(例如：每年的10月15日至12月7日)或在某些特殊情況下退出本計劃或進行變更。

安聯聯邦醫療保險(EmblemHealth Medicare)HMO 計劃為一固定的服務區域提供服務。如果我搬家離開這些計劃所服務的區域，我需要通知計劃，以便我退出原計劃並在新區域尋找一項新的計劃。我一旦成為安聯聯邦醫療保險HMO計劃的會員，有權就該計劃做出的我不同意的付款或服務決定提出上訴。我收到安聯聯邦醫療保險HMO計劃《承保證明》之後，將閱讀該證明文件，以瞭解我必須遵守哪些規則才能得到聯邦醫療保險優惠計劃(Medicare Advantage)所提供的承保。我明白聯邦醫療保險受益人在離開本國之後，除了在美國邊境附近可以得到有限度的承保之外，通常不受聯邦醫療保險承保。

我明白，從安聯聯邦醫療保險HMO計劃承保日開始，我必須從安聯聯邦醫療保險HMO計劃接受所有的醫護服務，除了緊急醫療服務或急需醫療服務或區域外透析服務。安聯聯邦醫療保險HMO計劃授權的服務和我的安聯聯邦醫療保險HMO計劃《承保證明》文件(也稱為會員合約或認購人協議)中列明的其它服務將會得到承保。未經授權，**聯邦醫療保險和安健康保險均不會為這些服務付款。**

我明白，如果我從銷售代理，經紀人或其他受雇於安健康保險或與安健康保險簽訂合約的個人處接受協助，他/她可能根據我加入一個安聯聯邦醫療保險HMO計劃的情況得到報酬。

我明白，在本申請表上提供我的電話號碼，安健康保險即可致電或發送與我計劃或健康提醒有關的電子短訊給我。披露資料：加入這項聯邦醫療保險計劃，即表示我認可HMO計劃將根據治療，付款和保健作業的需要，把我的資料透露給聯邦醫療保險和其它計劃。我還認安健康保險會把我的資料(包括處方藥資料)披露給聯邦醫療保險，而為了研究和其它目的在遵循所有適用聯邦法令和法規，聯邦醫療保險可能將之披露。這份登記表上的資料據我所知正確無誤。我明白，如果我故意在這份登記表上提供虛假資料，我將被該計劃除名。

我明白，我在申請表上的簽名(或根據當事人所在州法律獲授權代表當事人簽名者的簽名)表示，我已經閱讀並理解這份申請表的內容。如果由獲授權者簽名(如上所述)，該簽名證明 1) 此人根據州法律獲授權填寫這份登記表，並且 2) 聯邦醫療保險可要求提交此項授權的文件供查閱。

您的簽名：

建議生效日：

今天的日期：

如果您是授權代表，您必須提供以下資料：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：(____) _____ - _____ 與投保人的關係： _____

僅供公司使用

職員/代理人/經紀人簽名：_____ 代理人/經紀人ID 號碼：_____

收到日期：_____ 來源代碼：_____ 地點：_____

選擇期：初級承保選擇期(ICEP/IEP) _____ 年度投保期(AEP)：_____ 特殊投保期(SEP)(類型)：_____

HIP 健康保險計劃(HIP)是一個簽有聯邦醫療保險合約的HMO計劃。加入HIP 取決於合約續延。HIP是安健康保險旗下公司。請注意：如果您說其他語言，我們免費提供相關的語言協助服務。請致電877-411-3625 (TTY/TDD: 711)。ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY/TDD: 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).

團體醫療保險 (Group Health Incorporated)(GHI)，紐約HIP 健康保險計劃 (HIP Health Plan of New York) (HIP)，紐約HIP 健康保險公司(HIP Insurance Company of New York)和安健康保險服務公司(EmblemHealth Services Company, LLC)都是安健康保險旗下公司。安健康保險服務公司向各安健康保險旗下公司提供管理服務。