# 附表 1：Medicare 處方藥計劃（D 部份）個人參保申請表範本

**此表格適用於什麼人士？**

適用於享有 Medicare 且想加入 Medicare 處方藥計劃的人士

**若要加入一項計劃，您必須：**

* 屬於美國公民或在美國合法居留
* 居住在計劃的服務區域內

**重要提示：**若要加入 Medicare 處方藥計劃，您必須擁有或同時擁有：

* A 部份（住院保險）
* B 部份（醫療保險）

**我需要在什麼情況下使用此表格？**

您可以加入一項計劃時：

* 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日期間（保險生效時間為次年 1 月 1 日）
* 首次參保 Medicare 的 3 個月內
* 允許您加入或更換計劃的特定情況

請瀏覽 Medicare.gov，進一步瞭解有關何時您可以註冊參加計劃的資訊。

**我需要為填寫此表格準備什麼？**

* 您的 Medicare 號碼（您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼）
* 您的永久居住地址和電話號碼

**註：**您必須填寫第 1 部份的所有項目。

您可自願選擇是否填寫第 2 部份的項目，即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。

**在此提醒您：**

* 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 – 12 月 7 日）加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
* 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇進行註冊，以便從您的銀行賬號或您的每月社會保障局（或鐵路退休委員會）福利金中扣繳您的保費。

**接下來會如何？**

將填妥並已簽名的表格郵寄至：

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

他們在處理完您加入計劃的申請後便會聯絡您。

**如何獲取填寫此表格的幫助？**

請致電<Plan Name>，電話<phone number>。  
聽障人士可致電< phone number >。

或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE   
(1-800-633-4227)。聽障人士可致電   
1-877-486-2048。

**En español:** Llame a <Plan Name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al   
1-800-633-4227y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第 1 部份 – 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）** | | | | | |
| **選擇您想要加入的計劃：**  產品 ABC– 每月 $XX  產品 XYZ– 每月 $XX | | | | | |
| 名字： 姓氏： [可選：中間名縮寫]： | | | | | |
| 出生日期：（月/日/年）  （\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_） | 性別：  男  女 | | 電話號碼：  ( ) | | |
| 永久居住街道地址（不要填寫郵政信箱號）： | | | | | |
| 城市： | [可選：縣]： | | | 州： | 郵遞區號： |
| 郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）（可填寫郵政信箱號）：  街道地址： 城市： 州： 郵遞區號： | | | | | |
| **您的 Medicare 資訊：** | | | | | |
| **Medicare 編號： \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_** | | | | | |
| **回答以下重要問題：** | | | | | |
| [*MA-PD / PDPs insert:*  您是否擁有除<Plan>之外的其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）？  是  否  其他保險的名稱： 此保險的會員號碼： 此保險的團體號碼：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | |
| *[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]* | | | | | |
| **重要提示：閱讀並簽署以下內容：** | | | | | |
| * [*Part D plans insert:* 我必須保留 A 部份或 B 部份才能繼續參保<Plan Name>。] * 加入此 Medicare 處方藥計劃，即表示我確認<Plan Name>將向 Medicare 披露我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及聯邦法律適用的用於授權收集此類資訊的其他目的（請參見下文的《隱私法聲明》）。 * 您填寫此表格純屬自願。但如果您不填寫，可能會影響您參保此計劃。 * 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，如果我故意在本表中提供虛假資訊，我將從本計劃中退保。 * 我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。 * [*MA-PD plans insert:*我瞭解，當我的<Plan Name>保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自<Plan Name>取得。<Plan Name>提供及<Plan Name>「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和<Plan Name>均不會支付相關費用。] * 我理解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：   1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且  2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。 | | | | | |
| **簽名：** | | **今天的日期：** | | | |
| 若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊： | | | | | |
| 姓名： | | 地址： | | | |
| 電話號碼： | | 與參保者的關係： | | | |

|  |
| --- |
| **第 2 部份 – 此頁所有欄位均為選填項** |
| **您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。** |
| 若您希望我們給您寄送非英文版的資訊，請選擇以下的一個方塊。  *[* *Plans insert the languages required in your service area.]* |
| 如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請選擇以下的一個方塊。  盲文  大字版  音訊 CD    除了以上格式之外，如果您需要其他無障礙格式的資訊，請致電 <phone number> 聯絡 <plan name>。 服務時間為 <insert days and hours of operation>。聽障人士可致電 <TTY number>。 |
| 您是否在工作？  是  否 您的配偶是否在工作？  是  否 |
| 請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心： |
| 我想透過電子郵件獲取以下資料。您可選擇一項或多項。  [*Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*  電子郵件地址： |
| **支付您的計劃保費**  *[Plans with premiums insert*: 您每月可以透過郵寄<*insert optional methods*:「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」>來支付您的月繳<*insert optional intervals, if applicable, for example*「或季度」>計劃保費 [*MA-PD plans with premiums insert:*（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。**您也可以選擇每月透過社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。**]  [*PDPs with premiums insert:* **如您需支付 D 部份按收入每月調整保費（D 部份 IRMAA），除了計劃保費，您還必須額外繳納這筆金額。**這筆金額通常從您的社會保障局福利金中扣除，或者您可能會收到 Medicare（或 RRB）發出的賬單。請勿向[*insert appropriate plan and/or organization name]*支付 D 部份 IRMAA。] |

**隱私法聲明**

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊以跟進受益人參保 Medicare Advantage (MA) 或處方藥計劃 (PDP)、改進護理和支付 Medicare 福利等事宜。《社會保障法》第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條、第 422.60 條、第 423.30 條和第 423.32 條均授權收集此類資訊。CMS 可根據系統記錄通告 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」（系統編號 09-70-0588）中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。您填寫此表格純屬自願。但如果您不填寫，可能會影響您參保此計劃。