

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：

安保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）
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**。
TTY 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)**。
TTY 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, 才能继续参与安邦联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) (MA)。
- 加入本“联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)”, 即表示我承认安邦联邦医疗保险 (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在另一个 MA 计划 (MA PFFS、MA MSA 计划的情况例外) 的投保。
- 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, 当我的安邦联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保范围开始生效时, 我必须从安邦联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 中获得我所有的医疗和处方药物保险福利。由安邦联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 提供, 并由我的安邦联邦医疗保险 (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) 和安邦联邦医疗保险 (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。
- 在下方签名, 即表示我同意安邦健康保险、其代表和代表其行事的第三方可以通过拨打上面提供的电话号码和/或我提供的与我的承保范围有关的任何电话号码给我发短信, 就我的承保范围、计划保险福利、我的计划内提供的其他产品或服务、付款、重新认证和/或续保等事宜与我联系。我知道, 这些电话和短信可能使用自动电话拨号系统和/或人工或预先录制的声音。我可以随时联系安邦健康保险选择退出。
- 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:

建议生效日期 (您希望计划开始的日期):

今天的日期:

如果您是获授权代表, 您必须在上签名并提供以下信息:

姓名: _____ 地址: _____

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

仅适用于帮助登记者填写此表格的个人

姓名: _____ 签名: _____

代理/经纪人 ID 编号: ■■■■ 全国制作人编号: ■■■■

与投保人的关系: 自己 代理人 经纪人 SHIP 顾问 授权代表

其他 (第三方)

接受日期: ___/___/___ 源代码: _____ 位置: _____

选择期: ICEP/IEP AEP SEP (类型): _____ 接受范围: 是研讨会 不是研讨会

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 | |

您的性别？选择一个。

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 我使用不同的术语： _____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |
| <input type="checkbox"/> 非二元性别 | |

以下哪一项最能代表你对自己的看法？选择一个。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 女同性恋或男同性恋 | <input type="checkbox"/> 我使用不同的术语： _____ |
| <input type="checkbox"/> 异性恋，即不是男同性恋也不是女同性恋 | <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| <input type="checkbox"/> 双性恋 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |

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。

如果您希望我们以英语以外的语言向您发送信息，请勾选以下方框：

- 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：

- 大字体印刷 音频 CD 数据 CD 盲文

如果您需要获取以上面所列之外的可访问格式提供的信息，请拨打 **888-447-7860**，联系安保健健康保险 (TTY: 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.。

请填写此部分，以帮助确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期间投保联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)。在一些例外情况下，可能允许您在这段时间之外投保联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)。

请仔细阅读以下陈述，勾选适用于您的陈述。勾选下列任何一个方框，即表示您确认，就您所知，您有资格参加该投保期。如果我们后来发现这些信息不正确，可能会让您退保。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 我在 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期 (AEP) 内投保。 | <input type="checkbox"/> 最近，我被迫失去了值得信赖的处方药物承保 (与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保范围一样好)。我失去了我的药物承保，日期是___/___/___。 |
| <input type="checkbox"/> 我刚加入联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)。 | <input type="checkbox"/> 我将离开雇主或不再享有工会承保，日期是___/___/___。 |
| <input type="checkbox"/> 我投保了一个联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)，想在联邦医疗保险优惠计划开放投保期 (MA OEP) 内进行变更。 | <input type="checkbox"/> 我属于一项由我所在州提供的配药协助方案。 |
| <input type="checkbox"/> 我最近搬离了我当前计划的服务区域，或者我最近搬家了，这项计划对我来说是一个新选项。我搬家的日期是 ___/___/___。 | <input type="checkbox"/> 我的计划要终止与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的合同，或者联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 要终止与我的计划的合同。 |
| <input type="checkbox"/> 我最近刚出狱。我出狱的日期是 ___/___/___。 | <input type="checkbox"/> 我投保了联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) (或我所在州) 的一个计划，而我想选择一个不同的计划。我投保该计划的开始日期是___/___/___。 |
| <input type="checkbox"/> 我之前在美国境外永久居住，最近回到了美国。我返回美国的日期是 ___/___/___。 | <input type="checkbox"/> 我注册加入了一个特殊需要计划 (SNP)，但我已经失去了参加该计划所需的特殊需求资格。我已从特殊需要计划 (SNP) 中退保，日期是 ___/___/___。 |
| <input type="checkbox"/> 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 ___/___/___。 | <input type="checkbox"/> 我受到了重大灾难或其它紧急情况 (由联邦紧急事务管理局 (FEMA) 或联邦、州或地方政府实体) 的影响。这里的另一项陈述也适用于我，但由于灾害或其它紧急情况，我没能进行投保请求。 |
| <input type="checkbox"/> 我的医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 最近发生了变更 (新获得医疗补助、医疗补助的补助级别发生变化、或者是失去医疗补助)，变更日期是___/___/___。 | <input type="checkbox"/> 这些陈述都不适用于我。 |
| <input type="checkbox"/> 我的用于支付联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药承保范围的额外补助最近发生了变更 (新获得额外补助、额外补助的补助级别发生变化、或者是失去额外补助)，变更日期是___/___/___。 | 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 (TTY: 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.，以了解您是否有资格投保。 |
| <input type="checkbox"/> 我将要搬进、生活在或最近搬离一个长期护理院 (例如，疗养院或专业护理院)。我搬进/将要搬进/搬离护理院的日期是___/___/___。 | |
| <input type="checkbox"/> 我最近退出了一项老年人全面护理方案 (PACE)，退出日期是 ___/___/___。 | |

《隐私法案》声明：联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 和医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 服务中心 (CMS) 从联邦医疗保险计划 (Medicare, 即红蓝卡) 中收集信息，以跟踪联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) (MA) 的受益人投保情况、改善护理，以及支付联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的保险福利。《社会保险法案》第 1851 条以及《联邦法典》第 42 编第 422.50 条和 422.60 条授权收集此信息。联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 和医疗补助 (Medicaid, 即白卡) 服务中心可以根据系统编号 09-70-0588 的记录通知系统 (SORN) “联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 处方药物 (MARx)” 中的规定，使用、披露和交换联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 受益人的投保数据。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。