

如果您希望註冊參加第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃，請完整填寫本表格。

## 第一部份 | 可能註冊參加計劃的人士的資訊

- 請在該部份提供您的資料。請填寫您的聯絡號碼以及所有必要資料，這樣我們就能在需要核實資料時與您聯絡。

## 第二部份 | 重要問題

請完成該部份，瞭解您是否符合資格申請第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃。請在適用的方框內打勾。

1. 請確保遞交有關您已成功進行腎臟移植與／或您不需要腎臟透析（洗腎）的醫生說明或記錄。
2. 如果您有其他處方配藥承保，請在所提供的空白處提供您其他處方配藥承保的詳細資訊。
3. 如果您在長期護理設施居住，請在所提供的空白處填寫設施的名稱、地址和聯絡號碼。
4. 如果您享有醫療補助，請填寫您的醫療補助客戶識別號碼（CIN號碼）。
5. 請說明您或您的配偶目前是否受僱工作。

## 第三部份 | 偏好的材料語言和可獲取的形式（適用的話）

- 我們希望確保您的計劃材料容易閱讀而且是以您能夠理解的語言提供的。請選擇您偏好的語言與／或形式。

## 第四部份 | 傳統老人醫療保險資訊

- 請使用您的聯邦老人醫療保險紅藍卡填寫該部份。請瞭解，如要註冊參加第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃，您必須符合老人醫療保險A部份的資格並且已註冊參加老人醫療保險B部份。

## 第五部份 | 老人醫療保險計劃選擇（請選擇一個並圈出其旁邊的保費金額）

- 您會在該部份找到老人醫療保險Medicare Advantage計劃的名錄以及各計劃的每月保費。請選擇您希望註冊參加的計劃。

## 第六部份 | 您的主治醫生（Primary Care Provider，簡稱PCP）

- 請提供您主治醫生（Primary Care Provider，簡稱PCP）的姓名與聯絡資訊（如果您有主治醫生）。您可在 [www.HFDocFinder.org](http://www.HFDocFinder.org) 找到主治醫生相關資訊。如果您將此部份留空或者您的主治醫生不在我們的網絡內，我們將自動為您指定一位主治醫生。如果您希望，您可以在將來更換為您指定的主治醫生。

### 第七部份 | 您的計劃保費

- 請選擇您偏好的保費付款方式（如果您的計劃有每月保費）。您能選擇每個月收到結算單並給我們郵寄支票來付費、設立從您的每月社會安全或鐵路退休委員會（**Railroad Retirement Board**，簡稱RRB）福利支票中自動扣除保費、或者使用您的支票／儲蓄賬戶或信用卡／扣賬卡在網上付款。如果您沒有選擇一種付款方式，您每月都會收到郵寄給您的結算單。
- 請注意，並非所有第一保健老人醫療保險計劃都有計劃保費。

### 第八部份 | 閱讀和簽字

- 在表格上簽名並註明日期之前閱讀並理解該部份的資訊是很重要的。請注意，簽署此表格並註冊參加第一保健老人醫療保險Medicare Advantage計劃則表示將自動終止您其他老人醫療保險健保計劃或處方配藥計劃。

**請將填妥的表格及任何相關文件郵寄至：**      **Healthfirst Medicare Plan**  
**P.O. Box 5193, New York NY 10274-5193**

如果您對註冊參保或參保資格有任何疑問，或者需要填寫本表格的協助，請與我們聯絡，電話號碼是**1-877-237-1303**（聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821），服務時間週一至週日，上午8時至晚上8時。我們會為您與市場代表安排預約，代表能幫助您瞭解並根據您的需求找到適合您的老人醫療保險Medicare Advantage計劃。

第一保健健保計劃公司（Healthfirst Health Plan, Inc.）提供與聯邦政府簽有合約的管理式保健計劃。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。

請將申請表正本郵寄至下列地址：Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193。如果您需要以其他語言或形式提供資訊，請聯絡第一保健老人醫療保險計劃。

## 第一部份 可能註冊參加計劃的人士的資訊

姓(Last Name)	名(First Name)	中間名縮寫(M.I.)	先生 太太 女士 <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	性別(Gender) <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	出生日期(DOB) / / 月MM/日DD/年YYYY
永久居住地址(Permanent Residence) (不得使用郵政信箱)			城市(City)	州(State)	郵區號碼(Zip Code)
通訊地址(Mailing Address)(只是在與永久居住地址不同時才需填寫)			城市(City)	州(State)	郵區號碼(Zip Code)
住宅電話(區號及號碼)(Home Phone) ( )	手機(區號及號碼) (Cell Phone) ( )		電子郵件地址(E-mail) (可以不填)		
緊急聯絡人姓名(Emergency Contact Name)	電話(區號及號碼) (Phone) ( )		與註冊者的關係 (Relationship To Enrollee)		

## 第二部份 重要問題

1. 您是否患有「末期腎臟病」(End-Stage Renal Disease, 簡稱ESRD)?  是(Yes)  否(No)

如果您已經成功進行腎臟移植並且/或者不再需要定期洗腎，請附上您的醫生的說明或記錄，表明您已成功進行腎臟移植或您不需要洗腎，否則我們可能需要與您聯絡以獲取更多資料。
2. 某些人士可能享有其他配藥承保，包括其他私營保險、軍人醫療保險(TRICARE)、聯邦僱員醫療福利承保、退伍軍人福利或州政府配藥補助計劃。除了第一保健老人醫療保險計劃以外，您是否還會有其他配藥承保?  是(Yes)  否(No)

如果您回答「是」，請列出您的其他承保和您在該保險計劃的會員(ID) 號碼：  
 其他保險計劃名稱(Name of other coverage): \_\_\_\_\_  
 您在該保險計劃的會員號碼(ID # for this coverage): \_\_\_\_\_  
 該保險計劃的團體號碼(Group # for this coverage): \_\_\_\_\_  
 承保開始日期 (Coverage start date): \_\_\_\_\_ 承保終止日期(如適用)(Coverage end date): \_\_\_\_\_
3. 您是否住在長期護理設施(例如安養院)?  是(Yes)  否(No)

如果您回答「是」，請提供以下資料：  
 機構名稱(Name of Institution): \_\_\_\_\_  
 地址(Address): \_\_\_\_\_  
 電話號碼(Phone Number): \_\_\_\_\_
4. 您是否已加入州政府提供的醫療補助(Medicaid)計劃?  是(Yes)  否(No)

如果您回答「是」，請提供您的醫療補助計劃號碼(CIN):
5. 您或您的配偶是否在工作?  是(Yes)  否(No)

### 第三部份 偏好的材料語言和可獲取的形式（適用的話）

英語  西班牙語  中文  盲文  大字印本

如果您需要以上列選擇之外的可獲取的形式或語言提供資料，請聯絡第一保健老人醫療保險計劃，電話號碼是 1-888-260-1010。我們的服務時間是每週七天，每天上午8時至晚上8時。聽力語言殘障服務用戶請致電 TTY 1-888-542-3821。

### 第四部份 傳統老人醫療保險資訊

填寫這一欄的時候，請對照您的聯邦老人醫療保險(Medicare)紅藍卡。

- 請按照您的聯邦老人醫療保險紅藍卡上的資料填妥空格，**或者**
  - 附上您的聯邦老人醫療保險紅藍卡影印本或者社會安全局或鐵路退休委員會給您的信函的影印本。
- 您必須擁有聯邦老人醫療保險A部份和B部份，才能加入老人醫療保險Medicare Advantage計劃。

受益人姓名 (Name of Beneficiary) \_\_\_\_\_ 性別 (Gender) \_\_\_\_\_

老人醫療保險號碼

#### 有資格獲得 (Is Entitled To)

住院承保(A部份) \_\_\_\_\_ 生效日期 (Effective Date)

醫療承保(B部份) \_\_\_\_\_ 生效日期 (Effective Date)

### 第五部份 老人醫療保險計劃選擇（請選擇一個並圈出其旁邊的保費金額）

- 加強福利保健計劃 (65+) (HMO) [ID號碼001—保費\$0.00]       惠康護理計劃 (CC) (HMO SNP) [ID號碼034—保費\$39.30\*]
- 增進福利計劃 (IBP) (HMO) [ID號碼019—保費\$39.30\*]       生活改善計劃 (LIP) (HMO SNP) [ID號碼021—保費\$39.30\*]
- 協調福利計劃 (CBP) (HMO) [ID號碼027—保費\$0.00]

\* 如果您獲得低收入補貼(Low Income Subsidy)或額外補助(Extra Help)，可能會減少或免付保費。

### 第六部份 您的主治醫生（Primary Care Provider，簡稱PCP）

主治醫生姓名 (PCP Name): \_\_\_\_\_

主治醫生電話號碼 (PCP Phone Number): \_\_\_\_\_

主治醫生識別號碼 (PCP Identification Number): \_\_\_\_\_

■ **資訊披露：**經由加入此項老人醫療保險計劃，本人同意第一保健老人醫療保險計劃可能會因治療、付費和醫療護理運作所需在必要時向聯邦老人醫療保險、其他健保計劃和醫療保健服務提供者披露本人的資訊。本人也同意本人的醫療保健服務提供者可能會因治療、付費和醫療護理運作所需在必要時向第一保健老人醫療保險計劃和其他醫療保健服務提供者披露本人的資訊。本同意書包括本人和任何本人可合法提供許可的家人。本人同時確認瞭解，第一保健老人醫療保險計劃將會向聯邦老人醫療保險披露本人的資訊（包括本人的處方配藥數據），而聯邦老人醫療保險則可能因符合所有聯邦適用法規的研究及其他目的而披露本人的資訊。本人也同意，在法律允許的範圍內，為了治療、付費和醫療護理運作而披露的資訊可包含有關本人及本人家人的愛滋病、精神健康或酗酒和濫用藥物資訊，直至本人撤銷此項同意。據本人所知，本註冊申請表上的資訊完全正確。本人瞭解，如果我故意在本申請表上提供虛假資訊，我將被退出計劃。

## 第七部份 您的計劃保費

### 支付您的計劃保費

每個月的計劃保費(包括您現在應該支付以及可能欠付的任何延緩註冊罰款)您可以每月郵寄給我們。

您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路退休委員會(Railroad Retirement Board, 簡稱RRB)福利支票中自動扣除您的保費。如經評估您有與收入相關的D部份月費調整數額，社會安全局會通知您。除了您的計劃保費之外，您還將負責支付這一額外數額。您可以從您的社會安全福利支票中扣除此一數額，亦可由聯邦老人醫療保險或鐵路退休委員會直接給您寄送賬單。

請**不要**將與收入相關的D部份月費調整數額(Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, 簡稱Part D-IRMAA)付給第一保健老人醫療保險計劃。

收入有限的人士可能符合資格申請額外補助幫助支付處方配藥費用。如果符合資格，聯邦老人醫療保險可能支付75%或更多的配藥費用，包括每月的處方配藥保費、年度自付扣除金與共同保險。此外，符合資格的人士將不會有承保缺口或延緩註冊罰款。許多人符合資格卻不知道這些省錢計劃。如需有關此項額外補助的更多資訊，請與您當地的社會安全局辦事處聯絡或致電社會安全局，電話號碼是1-800-772-1213。聽力語言殘障服務用戶請致電TDD/TTY 1-800-325-0778。您亦可到 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp) 在網上申請額外補助。

如果您符合資格獲得額外補助支付您的老人醫療保險處方配藥費用，聯邦老人醫療保險將會為您支付全部或部份計劃保費。如果聯邦老人醫療保險只支付保費的一部份，我們會給您寄來聯邦老人醫療保險未支付數額的賬單。如果您沒有選擇付款方式，您將會每月收到一張結算單。

### 請選擇一種保費付款方式：

- 收到結算單，用支票支付，支票開給：Healthfirst Health Plan, Inc.。
- 從您每個月的社會安全或鐵路退休委員會福利支票中自動扣除。
- 我每月的福利來自：
  - 社會安全
  - 鐵路退休委員會福利支票(在社會安全局或鐵路退休委員會核准扣款之後，從社會安全福利支票中扣除可能需要兩個月或以上的時間才能開始。在大多數情況下，如果社會安全局或鐵路退休委員會接受您的自動扣款要求，第一次從社會安全或鐵路退休委員會福利支票扣除的金額將包括從您的註冊生效日期到扣款開始期間您應付的所有保費。)如果社會安全局或鐵路退休委員會沒有核准您的自動扣款要求，我們會給您寄來您每月保費的紙質結算單。
- 用支票賬戶/儲蓄賬戶或信用卡/扣賬卡在網上支付。請上網瀏覽[www.healthfirst.org/medicare](http://www.healthfirst.org/medicare) 並點擊「會員資訊」(Info For Members)之下的「支付您的賬單」(Pay Your Bill)。

### 請詳閱此項重要資訊：

如果您目前擁有僱主或工會所提供的醫療承保，加入第一保健老人醫療保險計劃可能會影響您的僱主或工會醫療福利。如果您加入第一保健老人醫療保險計劃，您可能會失去您的僱主或工會所提供的醫療承保。請參閱您的僱主或工會寄送給您的各種通訊資料。如有疑問，請瀏覽其網站或聯絡其通訊資料上所列的辦公室。如果沒有說明應與何人聯絡的資訊，您的福利主管或負責回答有關承保問題的辦公室可提供協助。

## 第八部份 閱讀和簽字

### 經由完整填寫本註冊申請表，本人同意下列事項：

第一保健健保計劃公司(Healthfirst Health Plan, Inc.)提供與聯邦政府簽有合約的管理式保健計劃。第一保健老人醫療保險計劃與紐約州醫療補助計劃簽有關於第一保健惠康護理計劃(管理式保健計劃—特殊需要計劃)的合約，並與紐約州衛生署簽有關於第一保健生活改善計劃(管理式保健計劃—特殊需要計劃)的福利協調協議。能否註冊參加第一保健老人醫療保險計劃取決於政府合約是否續延。第一保健老人醫療保險計劃遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。本人必須保有本人的老人醫療保險A部份和B部份。本人一次只能加入一項老人醫療保險 Medicare Advantage計劃，並且本人明白，註冊參加本計劃將自動終止我在其他老人醫療保險健保計劃或處方配藥計劃的註冊。本人有責任告知你們有關本人所享有或日後可能享有的任何處方配藥承保。本人理解，如果本人沒有聯邦老人醫療保險處方配藥承保或者其他可替代處方配藥承保(相當於聯邦老人醫療保險的處方配藥承保)，如果我將來參加聯邦老人醫療保險處方配藥承保則可能必須支付延緩註冊罰款。註冊參加本計劃通常是指整個年度的註冊。本人加入之後，只能在該年度的特定時間即註冊期到來時(例如：每年的10月15日至12月7日)或者在某些特殊的情況下方可退出本計劃或作出更動。

第一保健老人醫療保險計劃有特定的服務地區。如果我搬離第一保健老人醫療保險計劃的服務地區，我必須通知本計劃以便退出計劃並在我的新居住地區找到新的保險計劃。成為第一保健老人醫療保險計劃的會員之後，如果本人不同意計劃對付費或服務所作的決定，本人有權提出上訴。收到第一保健老人醫療保險計劃寄來的「承保證書」(Evidence of Coverage)文件之後，本人將會閱讀該文件，瞭解本人必須遵守的規定，以便從此項老人醫療保險 Medicare Advantage計劃獲得承保。本人理解，享有聯邦老人醫療保險的人士身在國外時，除了在接近美國邊境的地區可獲有限的承保之外，一般情況下均不能獲得聯邦老人醫療保險的承保。

本人理解，自本人的第一保健老人醫療保險計劃承保開始生效之日起，除了急診或緊急護理或服務地區之外的腎臟透析(洗腎)服務之外，我必須從第一保健老人醫療保險計劃獲得所有的醫療護理服務。獲得第一保健老人醫療保險計劃授權的服務與列入本人的第一保健老人醫療保險計劃「承保證書」(亦稱為會員合約或投保協議書)中的其他服務均會獲得承保。如果未經授權，**無論是聯邦老人醫療保險還是第一保健老人醫療保險計劃都不會為這些服務支付費用。**

本人理解，如果我接受銷售代理、經紀人或第一保健老人醫療保險計劃所僱用或與第一保健老人醫療保險計劃簽約的其他人士的幫助，該人士可能會因為本人參加第一保健老人醫療保險計劃而獲得報酬。

本人瞭解，本人在本申請表上的簽名(或按照我所居住州的法律規定獲得授權代表本人行事之人士的簽名)表示本人已閱讀並理解本申請表的內容。如由獲得授權人士(如上所述)簽名，則本簽名保證：1)此人已按照州法律規定獲得授權可以填寫本註冊申請表，並且 2)此項授權文件可供聯邦老人醫療保險索取。

會員或授權代表的簽字\*

今天的日期

\* 如果您是授權代表，您必須在上面簽名並提供下列資訊：

姓名：\_\_\_\_\_ 電話號碼：(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 與註冊者的關係\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

### FOR HEALTHFIRST USE ONLY (此處僅供第一保健使用)

Date Received \_\_\_\_\_ Plan Code \_\_\_\_\_ Sales Rep \_\_\_\_\_ Employee ID# \_\_\_\_\_

Group Name \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_ QMB \_\_\_\_\_ QMB+ \_\_\_\_\_ SLMB \_\_\_\_\_ SLMB+ \_\_\_\_\_ QI-1 \_\_\_\_\_ QDWI \_\_\_\_\_ FBDE \_\_\_\_\_

Name of Staff Member (if assisted in enrollment): \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_