



如果您需要其他語言或格式版本（盲文）的資訊，
請聯絡 Stanford Health Care Advantage。

若要參保 Stanford Health Care Advantage，請提供下列資訊：

請勾選您要參保的計劃： (僅勾選一項)	Stanford Health Care Advantage – Gold (HMO)		
	<input type="checkbox"/> 聖塔克拉拉縣		每月 \$55
	<input type="checkbox"/> 阿拉米達縣		每月 \$79
	Stanford Health Care Advantage – Platinum (HMO)*		
	*補充性福利包括：牙科和視力		
	<input type="checkbox"/> 聖塔克拉拉縣		每月 \$104
	<input type="checkbox"/> 阿拉米達縣		每月 \$109
姓氏：	名字：	中間名縮寫：	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 女士
出生日期： ____/____/_____ (月/日/年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住宅電話號碼： ()	備用電話號碼： ()
永久住址（不可填寫郵政信箱）：			
城市：	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）：			
地址：	城市：	州：	郵遞區號：
緊急聯絡人：_____			
電話號碼：_____ 與您的關係：_____			
電子郵件地址：_____			
請提供您的 Medicare 保險資訊			
請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部份。		姓名（如您 Medicare 卡上所示）：	
<ul style="list-style-type: none"> 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。 - 或 - 隨附您的 Medicare 卡副本或社會保障或鐵路職工退休管理局給您寄送的信函。 		Medicare 號碼：_____	
		有權享有：	生效日期
		住院保險（A 部份）	_____
		醫療保險（B 部份）	_____
如欲加入 Medicare Advantage 計劃，您必須擁有 Medicare A 部份或 B 部份保險。			



支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄或信用卡來支付您的每月計劃保費（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險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票自動扣繳保費。

若經評估您被認為需繳納 D 部份按收入每月調整保費，社會保障局將會通知您。除了計劃保費，您還需要繳納這筆額外保費。額外保費將從您的社會保險福利支票賬戶中扣除，或直接由 Medicare 或 RRB 收取。請勿支付 **Stanford Health Care Advantage (HMO) D 部份按收入每月調整保費 (IRMAA)**。

收入有限的人士可能有資格獲得額外補助，以支付其處方藥費用。若符合資格，Medicare 可能會支付 75% 或更多的藥費，包括每月的處方藥保費、年度自付額和共同保險。另外，符合資格的人士將不受承保缺口或逾期參保罰金的規限。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。有關該額外補助的細節，請聯絡您的當地社會保障局，或撥打社會保障局電話：1-800-772-1213。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 線上申請額外補助。

若您符合資格享受針對 Medicare 處方藥保險費用的額外幫助，則 Medicare 將支付您的全部或部份保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們會向您收取 Medicare 未給付的金額。

如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇保費支付選項：

- 收取帳單
- 每月自動從您的社會保險或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我透過以下來源獲得每月福利： 社會保險 RRB

（社會保險/RRB 扣繳可能需要在社會保險或 RRB 批准扣繳後兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保險或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保險或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從投保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。）



請閱讀和回答以下重要問題：

1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)？ 是 否
若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，請附上醫生提供的說明或記錄，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。

2. 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。

除 Stanford Health Care Advantage (HMO) 以外，您是否還會參保其他處方藥保險？

是 否

若回答「是」，請列出您所持有的其他保險，以及您該保險的識別 (ID) 號碼：

其他保險的名稱： _____ 在該保險中的 ID 號： _____ 該保險的團體編號： _____

3. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 是 否

若選擇「是」，請提供以下資訊：

機構名稱： _____

機構的地址和電話號碼（門牌號碼和街道）： _____

4. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是 否

若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 編號： _____

5. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

請選擇主治醫生 (PCP)、診所或健康中心的名稱：

PCP 編號 _____

您目前是否為患者？ 是 否

若您希望我們以英文以外的語言或其他格式給您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊。

西班牙文 大號字體

若您需要以上所列之外的其他語言或格式的資訊，請撥打 1-855-996-8422 聯絡 Stanford Health Care Advantage (HMO)。10 月 1 日至 2 月 14 日期間（感恩節及聖誕節除外），我們的辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；2 月 15 日至 9 月 30 日期間（節假日除外），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點（太平洋時間）。聽障人士可致電 711。



請閱讀以下重要資訊

如果您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 **Stanford Health Care Advantage (HMO)** 可能會影響您的僱主或工會健康福利。如果加入 **Stanford Health Care Advantage (HMO)**，您可能喪失您的僱主或工會健康保險。請閱讀由您的僱主或工會寄送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡其函件上列出的辦事處。如果函件中沒有聯絡人的資訊，您的福利管理員或回答有關保險的疑問的辦事處可以幫助您。

請閱讀並在下方簽名

填寫該參保申請表，即表示我同意以下內容：

Stanford Health Care Advantage (HMO) 是一個與聯邦政府有合同約定的 Medicare Advantage 計劃。我將需要繼續參保 Medicare A 部份及 B 部份。我每次只能參與一個 Medicare Advantage 計劃，且我理解我參保本計劃將自動終止我對另一個 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的參保。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放參保的特定時間（例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。

Stanford Health Care Advantage (HMO) 為特定的服務區域提供服務。如果我從 Stanford Health Care Advantage (HMO) 的服務區搬離，我需要通知計劃，以便退保並在新的服務區中找尋新的計劃。一旦我成為 Stanford Health Care Advantage (HMO) 的會員，若我不同意關於支付或服務的計劃決策，我有權提出上訴。我將在收到 Stanford Health Care Advantage (HMO) 的承保範圍說明書後閱讀該等文件，以便瞭解為獲得 Medicare Advantage 計劃承保，我所需遵循的規則。我理解 Medicare 在通常情況下並不會承保國境以外的服務，Medicare 僅在靠近美國國境的區域內提供有限的承保。

我理解，自 Stanford Health Care Advantage (HMO) 承保生效日期開始，除非存在緊急或急症護理或服務區外透析服務的需求，我將必須從 Stanford Health Care Advantage (HMO) 獲得所有的健康護理。由 Stanford Health Care Advantage (HMO) 授權的服務以及其他包含在我的 Stanford Health Care Advantage (HMO) 承保範圍說明書（也稱為會員合約或投保人協議）中的服務將受到承保。未經授權，**MEDICARE 或 STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE (HMO)** 均不會為服務付費。

我理解，如果我正從銷售代理、經紀人或其他由 Stanford Health Care Advantage (HMO) 僱傭或簽約的個人處獲得協助，則他們可能根據我參保 Stanford Health Care Advantage (HMO) 的情況獲得報酬。

資訊披露：我加入本 Medicare 健康計劃即代表我確認 Stanford Health Care Advantage (HMO) 將向 Medicare 以及其他計劃披露因我的治療、支付及健康護理手術而必需披露的有關我的資訊。我同時確認，Stanford Health Care Advantage (HMO) 將向 Medicare 披露包括我的處方藥事件數據在內的我的資訊，而 Medicare 可能出於研究等符合適用聯邦法規和條例的目的而披露我的資訊。盡我所知，該參保表所載資訊均屬正確。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。



如果您需要其他語言或格式版本（盲文）的資訊，
請聯絡 Stanford Health Care Advantage。

我理解，我（或根據所在州法律獲授權代表我的人）在此申請表上簽名表示我已經閱讀並理解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）簽名，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：	今日日期：
-----	-------

若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：(_____) _____ - _____

與參保人的關係：_____

銷售代理/僅作公務用途：

工作人員/代理人/經紀人姓名（若協助投保）：_____

計劃 ID 編號：_____ 代理 ID 編號：_____

保險生效日期：_____ 收到申請日期：_____

ICEP/IEP：_____ AEP：_____ SEP（類型）：_____ 不符合資格：_____



參保期資格合格證明

通常，您只能在每年 **10 月 15 日到 12 月 7 日** 的年度參保期內參保 **Medicare Advantage** 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。勾選下列任一方塊即表示，在據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare。
- 我最近搬離我現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。我搬遷的日期是（填入日期）：_____。
- 我最近被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）_____。
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）：_____。
- 我最近獲得美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）：_____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid，或者我所居住的州協助支付我的 Medicare 保費。
- 我領有 Medicare 處方藥保險的額外補助。
- 我已喪失 Medicare 處方藥的額外補助資格。我停止領取額外補助的日期是（填入日期）_____。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）_____。
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是（填入日期）：_____。
- 我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。我喪失藥物保險的日期是（填入日期）：_____。
- 我將要退出雇主或工會保險，退出日期是（填入日期）：_____。
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我已參保特殊需求計劃 (SNP)，但我已喪失參與該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）_____。

若以上陳述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 **Stanford Health Care Advantage (HMO)**，電話：**1-855-996-8422**（聽障人士應致電 711），以瞭解您是否符合參保資格。10 月 1 日至 2 月 14 日期間（感恩節及聖誕節除外）辦公時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點；2 月 15 日至 9 月 30 日期間（節假日除外），週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（太平洋時間）。