



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"/> 聖塔克拉拉郡		每月 \$69
	<input type="checkbox"/> 阿拉米達郡		每月 \$69
	<input type="checkbox"/> 聖馬刁縣		每月 \$69
	Stanford Health Care Advantage — Platinum (HMO)*		
	<input type="checkbox"/> 聖塔克拉拉郡		每月 \$99
<input type="checkbox"/> 阿拉米達郡		每月 \$99	
<input type="checkbox"/> 聖馬刁縣		每月 \$99	
可選補充福利：牙科和視力			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您可選擇增加可選福利（牙科和視力服務），每月額外支付 \$20 即可。您的補充福利月繳保費將追加到計劃月繳保費中。			
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： ()
永久居住地址（不允許使用郵政信箱）：			
城市：	郡：	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）：			
街道地址：	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：_____			



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。

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。

- 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。
- 或 -
- 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。

姓名（如您的 Medicare 卡上所示）：

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）

您必須擁有 Medicare A 部份及 B 部份，才能參加 Medicare Advantage 計劃。

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) 福利金支票賬戶自動扣繳保費。

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)**。

收入有限者可能符合處方藥費用額外補助申請資格。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，符合資格的人士不必受限於保障空窗期或延期參加罰款。許多人有資格獲得此類補助卻對此毫不知情。要瞭解有關額外補助的更多資訊，請聯絡您當地的社會保障局辦事處，或撥打 1-800-772-1213 致電社會保障局。聽障人士可致電 1-800-325-0778。您亦可從 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 網上申請額外補助。

如果您符合額外補助資格，可獲得 Medicare 處方藥費用承保，Medicare 將為您支付全部或部份計劃保費。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。

請選擇一項保費付款方式：

收取賬單

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，如果社會保障局或 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. 您或您的配偶是否在工作？ 是 否

請選擇主治醫生 (PCP)、診所或健康中心的名稱：

PCP 編號 _____

您目前是否是一名患者？ 是 否

如果您希望我們以英語以外的語言或其他無障礙格式向您傳送資訊，請勾選以下的一個方塊：

西班牙文 中文 大字版

若您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式的資訊，請撥打 1-855-996-8422 聯絡 Stanford Health Care Advantage (HMO)。我們的工作時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日期間（感恩節及聖誕節除外），每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 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。

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。



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。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。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。如未提供任何聯絡人資訊，請洽詢您的福利管理員或任何能夠回答承保有關問題的辦事處人員。

請閱讀並簽署以下內容

填寫此註冊申請，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。我必須保持我的 Medicare A 部份和 B 部份資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止我參保其他 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的資格。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，我僅可在一年中參保期內的特定時間內（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。

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。

可選補充福利參保條件：如果您在第 1 頁勾選「是」以增加可選補充福利，請閱讀以下資訊：

填寫該參保申請表即表示：

- 我同意增加可選補充福利，該福利包含牙科和視力服務，每月需支付 \$20 的費用。此金額是除 Medicare 和 Stanford Health Care Advantage 保費之外的費用。
- 我理解，可選補充福利僅為參保 Stanford Health Care Advantage Platinum 或 Gold 計劃的會員提供。



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，我必須從網絡內提供者處獲得承保護理（緊急醫療或急症治療服務除外）。
- 我理解，我隨時都可以退出此可選補充福利。若選擇退出，則在下一年度選擇期之前，我都無法再參保補充福利。

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。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我故意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。

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 要求下應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：_____

僅供銷售代理/辦公人員填寫：

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，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。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。
- 我最近搬離了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）_____。
- 我最近剛獲得美國合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）_____。
- 最近我的 Medicaid 狀態發生變化（新加入 Medicaid、Medicaid 的援助等級發生變化、或喪失 Medicaid 資格），日期是（填入日期）_____。
- 最近我的 Medicare 處方藥保險額外補助狀態有所改變（新近獲得額外補助、在額外補助的等級上有所變更、或是失去額外補助），日期是（填入日期）_____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或我所在的州政府幫助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 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）_____。



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。
- 我透過 Medicare（或我所在的州）參保了一項計劃，但我想選擇另一種不同的計劃。我已參保計劃的生效日期是（填入日期）_____。
- 我曾參保特殊需求計劃 (SNP)，但現已失去了參保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）_____。
- 我曾受到與天氣相關的緊急情況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 宣佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。

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 3 月 31 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；4 月 1 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）。