



Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO)

個人計劃

入保申請表

中大西洋州地區個人計劃

哪些人可以使用本表格？

擁有Medicare且想加入Medicare Advantage Plan的人士

如欲加入某項計劃，您必須：

- 是美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃的服務區

重要事項：如欲加入Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有：

- Medicare A部分（醫院保險）
- Medicare B部分（醫療保險）

我何時該使用本表格？

您可以在下述時間加入計劃：

- 每年的10月15日至12月7日期間（承保從1月1日開始生效）
- 首次取得Medicare的3個月內
- 在您獲准可以加入或轉換計劃的特定情況

請瀏覽Medicare.gov以進一步瞭解您可以在哪些情況下註冊參加某項計劃。

填寫本表格時需要哪些資訊？

- 您的Medicare號碼（紅白藍Medicare卡上的號碼）
- 您的永久地址和電話號碼

注意：您必須填寫第1部分的所有項目。第2部分的項目為選填——您不會因為沒有填寫這部分的資訊而遭到拒保。

提醒事項：

- 如果您想在秋天的開放入保期（10月15日至12月7日）加入某項計劃，該計劃必須在12月7日之前收到您填妥的表格。
- 我們將會寄送該計劃的保費帳單給您。您可以進行註冊以選擇從銀行帳戶或您每月的社會安全局（或鐵路退休職工委員會）福利金扣繳保費款項。



您是否曾考慮在kp.org/enrollonline網站上申請入保？此申請方式快速、安全又簡單。

接下來的流程為何？

請將填妥且簽名的表格寄送至：

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-9914

- 我們將會審查您的表格，以確保表格已完整填寫。
- 我們將會通知Medicare您申請Medicare Advantage之事。
- 我們將會在Medicare確認您符合資格後的10個日曆日內告知您保險的生效日期。接着，我們將會寄給您一張Kaiser Permanente會員卡及新會員資訊。
- 您可在線上查詢您的申請進度，網址為kp.org/medicare/applicationstatus。

我該如何獲得填寫本表格的協助？

請致電**1-888-777-5536**與Kaiser Permanente聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電**711**。

或者，請致電**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**與Medicare聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電**1-877-486-2048**。

En español: Llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536/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.

根據1995年文書作業減量法案的規定，除非資訊收集表上載明有效的OMB管控編號，否則任何人都不需要對其作出回覆。本資訊收集表的有效OMB管控編號是0938-NEW。完成本資訊收集表所需時間預估為每次回覆平均20分鐘，其中包括檢閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及填寫和檢查資訊收集表所需的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見或者您有可以改善本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將本表格或任何包含您個人資訊（例如索賠、付款、醫療記錄等）的文件寄送至PRA Reports Clearance Office。若我們收到與如何改善本表格或與資訊收集負擔（如OMB 0938-1378所述）無關的任何文件，我們會將其銷毀。我們將不會保留、審查該文件，也不會將其轉交給計劃。請參閱本頁的「接下來的流程為何？」以將您填妥的表格寄給計劃。

姓名

Kaiser Permanente 醫療／健康記錄號碼（針對在籍或舊有會員）

如果您需要其他語言版本或無障礙格式（盲文版）的資訊，請與Kaiser Permanente聯絡。

第1部分 - 本部分的所有欄位均為必填（除非有標示選填）**請選擇您想加入的計劃：****馬里蘭州：Baltimore City和Baltimore County**

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value Balt** (HMO) — 每月\$0
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO) — 每月\$25
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO) — 每月\$142
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **without Part D** (HMO) — 每月\$10

馬里蘭州：Anne Arundel、Calvert、* Carroll、Charles、* Frederick、* Harford、Howard、Montgomery及Prince George's

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value MD** (HMO) — 每月\$0
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO) — 每月\$25
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO) — 每月\$142
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **without Part D** (HMO) — 每月\$10

哥倫比亞特區：

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value DC** (HMO) — 每月\$0
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard DC** (HMO) — 每月\$30
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High DC** (HMO) — 每月\$142
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **without Part D** (HMO) — 每月\$10

維吉尼亞州：Falls Church、Fairfax、Fredericksburg、Alexandria、Manassas及Manassas Park等城市；Arlington、Fairfax、Loudoun、Prince William、Spotsylvania及Stafford等郡縣

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value VA** (HMO) — 每月\$0
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard VA** (HMO) — 每月\$22
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High VA** (HMO) — 每月\$142
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **without Part D** (HMO) — 每月\$10

* 有標註星號的郡縣僅有部分地區屬於我們服務區的承保範圍。如果您居住在只有部分地區屬於承保範圍的郡縣，請參閱福利摘要以查看位於服務區內的郵遞區號清單。



姓名

Advantage Plus（自選補充福利組合）：

您是否想在Kaiser Permanente Medicare Advantage計劃加保Advantage Plus？Advantage Plus組合是選擇性入保。每月額外支付\$25，您就可以加保更多福利（綜合牙科、聽力和視力矯正器保險）。Advantage Plus的月保費將納入Kaiser Permanente Medicare Advantage的月保費中。

☐ 是 ☐ 否

姓氏：

性別：

☐ 男性 ☐ 女性

名字：

中間名縮寫：

出生日期：（月／日／年年） 住家電話號碼：

手機號碼：

永久住所街道地址（不得填寫郵政信箱）：

城市：

縣：

州：

郵遞區號：

通訊地址，如與永久地址不同（可填寫郵政信箱）

街道地址：

市：

州：

郵遞區號：

電子郵件地址：

您的Medicare資訊：

Medicare號碼：

姓名

請回答下列重要問題：

1. 除了Kaiser Permanente之外，您是否會有其他處方藥保險（如VA、TRICARE）？

☐ 是 ☐ 否

如回答「是」，請列出其他保險的名稱以及該保險的保險卡 (ID) 號碼：

其他保險的名稱：

該保險的ID號碼：

該保險的團體號碼：

2. 您目前是否已入保您所在州的Medicaid計劃？ ☐ 是 ☐ 否

如回答「是」，請提供您的Medicaid號碼：

停止**請閱讀下列重要資訊**

如果您目前有雇主或工會提供的健康保險，則加入Kaiser Permanente可能會使您雇主或工會的健康福利受到影響。如果您加入Kaiser Permanente Medicare Advantage，您可能會喪失雇主或工會的健康保險。請參閱雇主或工會寄給您的通訊資料。如果您有疑問，請瀏覽雇主或工會的網站，或與雇主或工會通訊資料中所列的辦公室聯絡。如果您沒有任何聯絡人的資訊，您可向福利管理員或負責解答保險相關問題的辦公室求助。

重要事項：請閱讀並在下方簽名：

- 本人必須同時保有醫院（A部分）和醫療（B部分）保險才能留在Kaiser Permanente Medicare Advantage中。
- 本人瞭解，若本人未擁有Medicare處方藥保險或可抵免的處方藥保險（與Medicare承保範圍相當者），則若本人日後要入保Medicare處方藥保險，本人可能必須支付延遲入保罰款。
- 加入本Medicare Advantage Plan或Medicare Advantage Prescription Drug Plan即代表本人瞭解，Kaiser Permanente將會與Medicare分享本人的資訊，而Medicare將會使用該等資訊來追蹤本人的入保、進行給付，並用於授權此資訊收集之聯邦法律所許可的其他用途（請參閱後文的私隱法聲明）。
- 您在本表格的作答純屬自願。不過，若不作答，可能會對您入保計劃造成影響。
- 就本人所知，本人入保申請表中的資訊均正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格中提供不實資訊，本人將會遭到計劃退保。
- 本人瞭解，Medicare的受保人在美國境外通常無法獲得Medicare的承保，但在美國邊境附近可獲得的有限承保除外。
- 本人瞭解，在Kaiser Permanente Medicare Advantage保險開始生效之後，本人必須透過Kaiser Permanente獲得本人所有的醫療和處方藥福利。由Kaiser Permanente提供且包含在Kaiser Permanente Medicare Advantage《承保範圍說明書》文件（亦稱會員合同或投保人協議）中的福利和服務均可獲得承保。Medicare和Kaiser Permanente均不會給付不屬於承保範圍的福利或服務。

1. 該人士已獲得州法律授權得以完成此入保手續；且
2. 如Medicare提出要求，可提供此項授權的證明文件。

若您在第2頁勾選「是」以加保Advantage Plus自選補充福利組合，請閱讀以下資訊。

- 本人同意加保Advantage Plus自選補充福利組合，該福利組合可為本人提供（綜合牙科、聽力及視力矯正器承保），每個月\$25。該費用將納入Medicare和Kaiser Permanente Medicare Advantage的保費中。
- 本人瞭解，該自選補充福利組合可將更多福利納入本人的Kaiser Permanente Medicare Advantage保險中，相關條款與條件請參閱Kaiser Permanente Medicare Advantage《承保範圍說明書》。
- 本人瞭解，Advantage Plus自選補充福利組合僅適用於已入保Kaiser Permanente Medicare Advantage個人計劃的會員。
- 本人瞭解，本人必須透過網絡保健業者取得承保醫護服務，但急診或緊急需求服務除外。
- 本人瞭解，本人可以隨時終止Advantage Plus自選補充福利組合保險。如果本人退保，本人將需等到下次Advantage Plus自選補充福利組合的年度選擇期才能重新入保開始日期為1月1日的保險，或者將需等到本人有其他特殊入保期時才能重新辦理入保。

如果您是授權代表，則您必須在上方簽名並提供下列資訊：

與入保人的關係：

姓名 **第2部分 - 本部分的所有欄位均為選填**

您可自行選擇是否要回答這些問題。您不會因為沒有填寫這些欄位而遭到拒保。

如果您希望我們為您提供英文以外之其他語言版本的資訊，請勾選一項。 ☐ 西班牙文

如果您希望我們為您提供無障礙格式的資訊，請勾選一項。 ☐ 盲文版 ☐ 大字版 ☐ 語音CD

如果您需要無障礙格式的資訊但該格式未列於上方，請致電1-888-777-5536與Kaiser Permanente聯絡。我們的服務時間是每週七天，上午8:00至晚上8:00。聽障及語障電話專線使用者請致電711。

您有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否 您的配偶有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否

支付計劃保費

您可以每月透過郵件、電話或線上等方式支付您的計劃月保費（包括任何現有或可能拖欠的遲延入保罰款）。您也可以選擇透過社會安全局或鐵路退休職工委員會 (RRB) 每月發給您的福利金自動扣繳您的保費。

如果您需繳納D部分按收入調整月費（D部分IRMAA），則除了您的計劃保費之外，您還必須支付這筆額外費用。此費用通常是從您的社會安全局福利金中扣繳，或者您可能會收到Medicare（或RRB）的帳單。請勿將D部分IRMAA支付給Kaiser Permanente。

請選擇保費付款方式：如果您未選擇付款方式，您將會每月收到帳單。

☐ 收到帳單

在您收到第一份帳單後，您可以選擇其他的付款方式。

- 您可以選擇從您的銀行帳戶自動扣繳每月款項。如欲索取Medicare自動付款選擇申請表，或者如果您有任何疑問，請致電1-888-777-5536（聽障及語障電話專線711）與我們聯絡。
- 如欲使用信用卡或金融簽帳卡支付，請瀏覽kp.org/mas/onlinebilling或致電1-888-777-5536（聽障及語障電話專線711）與我們聯絡。您將需使用帳單上的帳戶資訊來進行付款。

☐ 每月從您的社會安全局或鐵路退休職工委員會 (RRB) 福利支票自動扣繳。

本人每月透過下列來源獲得福利金： ☐ 社會安全局 ☐ RRB

私隱法聲明

Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 透過Medicare計劃收集資訊，以追蹤記錄受益人入保Medicare Advantage (MA) 或處方藥計劃 (PDP) 的資訊、改善醫療護理並給付Medicare福利。社會安全法案第1851節和第1860D-1節以及CFR第42篇第422.50、422.60、423.30及423.32節授權此類資訊收集。CMS可使用、披露和交換記錄系統通知 (SORN) 「Medicare Advantage處方藥 (MARx)」系統編號09-70-0588中所列的Medicare受益人入保資料。您在本表格的作答純屬自願。不過，若不作答，可能會對您入保計劃造成影響。

僅供代理人使用：受理日期 / / 客戶交付入保申請表日期 / / 保險生效日期 / / ☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ 不符合資格 ☐ SEP（若為SEP，請說明理由） 會談類型 附上會談範圍 ☐ 是 ☐ 否Kaiser Permanente工作人員姓名 經紀人或代理人姓名 Kaiser Permanente代理人識別號碼 公司／組織名稱（如適用） Kaiser Permanente組織識別號碼 電話號碼 - -

姓名

入保期資格證明

一般而言，您僅可在每年的10月15日至12月7日的年度入保期期間入保Medicare Advantage計劃。但在例外情況下，您可能可在上述期間以外的時間入保Medicare Advantage計劃。

請仔細閱讀下列陳述，並針對適用於您的陳述勾選相應的方框。勾選下列任何方框即代表您證明就您所知，您符合入保期的資格。如果我們日後認定此資訊有誤，您可能會遭到退保。

- ☐ 本人是首次入保Medicare。
- ☐ 本人已入保Medicare Advantage計劃並希望在Medicare Advantage開放入保期(MA OEP)期間進行變更。
- ☐ 本人最近搬離了本人現有計劃的服務區，或本人最近搬家了且本計劃是本人的新選項。
本人的搬家日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人最近剛剛出獄。本人的出獄日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人長期居住在國外並在最近返回美國。本人返回美國的日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人最近剛取得美國合法居民身分。本人取得此身分的日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人的Medicaid最近發生變更（新取得Medicaid、Medicaid補助金額變更或喪失Medicaid），變更日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人的Medicare處方藥保險費用額外補助最近發生變更（新獲得額外補助、額外補助金額變更或喪失額外補助），變更日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人同時享有Medicare和Medicaid（或州政府協助本人支付Medicare保費）或本人獲得Medicare處方藥保險費用額外補助，但沒有發生變更。
- ☐ 本人正要搬入、目前住在或最近搬出長期護理設施（例如療養院或長期護理設施）。
我已經／即將搬入／搬出設施的日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人最近退出了一項PACE計劃，退出日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人最近在非自願的情況下喪失了可抵免處方藥保險（與Medicare承保範圍相當者）。本人喪失藥物保險的日期是（請填入日期）/ / 。

姓名

- ☐ 本人即將退出雇主或工會所提供的保險，退出日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人參加了一項由州政府提供的藥房補助計劃。
- ☐ 本人的計劃即將終止與Medicare簽約，或Medicare即將終止與本人所參加的計劃簽約。
- ☐ Medicare（或州政府）已為本人入保了一項計劃，但本人想選擇其他計劃。本人入保的計劃生效日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人已入保Special Needs Plan (SNP)，但本人喪失了續保該計劃的特殊需求資格。本人退出SNP的日期是（請填入日期）/ / 。
- ☐ 本人受到聯邦政府、州政府或地方政府機關所宣布之緊急狀況或重大災害的影響。此處所列的其他陳述中有某項陳述適用於本人，但本人因緊急狀況或災害而無法入保。
- ☐ 本人所參加的計劃最近由於財務問題而遭到州政府接管。本人想更換其他計劃。
- ☐ 本人所參加的計劃最近3年的星級評等均少於3顆星。本人想加入星級評等達到3顆星以上的計劃。

如果以上陳述均不適用於您或者您不確定，請致電**1-888-777-5536**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與Kaiser Permanente聯絡，以確認自己是否符合入保資格。我們的服務時間為每週七天，上午8:00至晚上8:00。