



2023 註冊申請表

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) H3418-001-000 - AM1

選擇您的計劃涵蓋範圍以外可選擇的輔助福利

您可以額外付費加購以下福利附約。您可以趁現在參加註冊時購買附約，也可以在生效日期後 3 個月內購買。請參閱福利概覽查詢詳細資訊，包括費用。

白金牙科附約 (Platinum Dental Rider)

您的相關資訊 (請打字或用黑色或藍色墨水筆以正楷填寫)

姓氏	名字	中間名首字母	
出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
住家電話號碼 () -	行動電話號碼 () -		
聯邦醫療保險編號			
永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱)			
城市	郡	州	郵遞區號
通訊地址 (與以上地址不同時才需要填寫。您可以提供郵政信箱。)			
城市	州	郵遞區號	
電子郵件地址 (非必填)			

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

本頁刻意留空。

您是否有其他可承保處方配藥的保險？

□ 是 □ 否

(例如：其他私營保險、軍人醫療保險計劃 (TRICARE)、聯邦員工承保、退伍軍人管理局 (VA) 福利或州政府方案。)

如果答「是」，是哪種保險？

其他保險的名稱 _____

會員卡號碼	團體編號	RxBin	RxPCN (非必填)
-------	------	-------	-------------

您可以選擇是否回答這些問題。不能因為您沒有回答問題就拒絕為您提供承保。

您想用甚麼方式付費？

如果您有計劃月費 (包括您可能必須支付的任何延遲參加註冊罰款)，可以透過每月從您的社會安全或鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 福利支票自動扣款的方式支付保費。您也可以透過電子轉帳 (Electronic Funds Transfer, EFT) 從銀行帳戶支付。

如果您沒有選擇以下任何方式，我們每個月都會寄帳單到您的通訊地址。

如果您必須支付 D 部份收入相關月調整金額 (D 部份 IRMAA)，社會安全局 (Social Security, SS) 會寄信問您要如何付款：

- 您可以從您的社會安全局 (SS) 支票支付
- 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可以寄帳單給您
- 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 可以寄帳單給您

本人想從本人的社會安全支票付款

本人想從本人的鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 支票付款

本人想從銀行帳戶直接付款

帳戶類型 支票 儲蓄

帳戶持有人姓名： _____

銀行代碼 _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

銀行帳號 _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

計劃參加者姓名 _____

本頁刻意留空。

請回答幾個問題幫助我們管理您的計劃

1. 您是否偏好其他語言版本或無障礙閱讀形式的計劃資訊？ 是 否

請勾選您想要的選項： 西班牙文 盲人點字 其他_____

如果您看不到您想要的語言或形式版本，請撥打聯合健康保險免付費電話 **1-844-723-6473**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。或前往 **AARPMedicarePlans.com**，在網上尋求協助。

2. 您是西語裔、拉丁裔或西班牙裔？選擇全部適用的答案。

- 否，不是西語裔、拉丁裔或西班牙裔
 是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人
 是，波多黎各裔
 是，古巴裔
 是，其他西語裔、拉丁裔或西班牙裔
 我選擇不回答。

3. 您的種族為何？選擇全部適用的答案。

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | |
| <input type="checkbox"/> 印地安人或阿拉斯加原住民 | | |
| <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 越南人 |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島裔 | |
| <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 | | |

4. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

您或您的配偶是否有其他可承保醫療服務的健康保險？

(例如：其他僱主團體承保、長期殘疾 (LTD) 承保、工傷賠償、汽車險或退伍軍人福利)

是 否

如果答「是」，請填寫下列資訊：

健康保險公司的名稱

會員卡號碼

計劃參加者姓名 _____

Y0066_ERFMA1_2023_CT_C

CSNY23PP0072123_001

本頁刻意留空。

5. 請提供您的主治醫生 (primary care provider, PCP) 姓名、診所或健康中心名稱。

您不受此名單限制。您可向任何接受聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和本計劃支付條款的醫生求診。

您可在計劃網站或醫療護理提供者名冊找到名單。

醫療護理提供者或主治醫生 (PCP) 全名

醫療護理提供者 / 主治醫生 (PCP) 編號： (請填寫與網站或醫療護理提供者名冊所列完全相同的編號。此編號有 10 至 12 位數，請勿包括連接號。)

您現在或最近是否有向此醫療護理提供者求診？ 是 否

您上面提供電子郵件地址便會將您自動登記為不使用紙張遞送您的某些計劃通訊。

許多必要的計劃通訊都將以電子方式遞送給您。有新的通訊 (例如：福利解說或年度變更通知) 可在網上取得時，我們就會以電子郵件通知您。您可以透過電腦、平板或手機等任何裝置取得這類通訊。

如果您想要求郵寄必要文件的紙本給您，請勾選這裡：

取消「不使用紙張遞送文件」，我們會改為郵寄必要文件的紙本給您。請注意，有些通訊文件非常大，可能不是所有信箱都能容納得下。您可以隨時變更您偏好的遞送方式。

請閱讀並簽名**本人填寫此表格即代表同意下列內容：**

- 本人必須維持 A 部份和 B 部份，才能繼續留在聯合健康保險。本人必須繼續支付 B 部份保費 (若有)，除非醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或其他人支付該保費。
- 本人瞭解，擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的人出國期間通常不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍，但在美國邊境附近可取得的有限承保不在此限。本計劃承保美國境外急診和緊急護理。請參閱福利概覽查詢詳情。
- 本人瞭解，本人的聯合健康保險承保開始後就必須從聯合健康保險取得本人所有的醫療和處方配藥福利。聯合健康保險授權的福利和服務以及本人的聯合健康保險「承保證書」文件 (也稱為會員合約或投保人協議) 包含的福利和服務將屬於承保範圍。**若無授權，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或聯合健康保險都不會支付相關福利或服務的費用。**
- **公開資訊：**加入本 Medicare Advantage 計劃或聯邦醫療保險處方配藥計劃，即代表本人確認本計劃會基於治療、付款和健康護理作業所需，向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和其他計劃公開本人的資訊。本人也確認，聯合健康保險會向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 公開本人的資訊，包括本人的處方配藥事件資料，而聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會公開本人的資訊，用於研究目的及其他依聯邦法律規定准許收集這類資訊之目的 (請參閱以下隱私權法聲明)。

計劃參加者姓名 _____

本頁刻意留空。

- 本人允許聯合健康保險基於管理本人健保計劃所需，根據適用法規允許的目的而與其他組織或個人分享本人的受保護健康資訊。
- 本人同意聯合健康保險旗下所有實體以及聯合健康保險使用的任何外部供應商可撥打本人所提供的電話號碼。
- 盡本人所知，本表格上的資訊正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格上提供不實資訊，本人將會被退出計劃。
- 是否回答本表格的問題由本人自行決定。不過，沒有回答可能對參加註冊本計劃造成影響。

本人於下方簽名即表示已閱讀並瞭解本表格上的資訊

如果本人以授權代表身份簽名，表示按州法律規定，本人有合法權利可簽名。如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 要求，本人可提供此權利的書面證明 (委託授權書、監護權等)。本人瞭解，如果想在申請書以外代表會員採取行動，本人需要向計劃提交此權利的書面證明。此申請獲得核准且本人收到 UnitedHealthcare® UCard 後，可以撥打聯合健康保險 UCard 上的客戶服務部電話號碼更新本人登記的授權資訊。

申請人 / 會員 / 授權代表簽名 今天的日期

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫下列資訊

*不是營業代表

姓氏	名字	
地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼 () -	和申請人的關係	

計劃參加者姓名 _____

本頁刻意留空。

僅限持照營業代表 / 代理機構使用

僱主團體名稱

僱主團體編號 <input type="text"/>	分公司編號 <input type="text"/>
持照營業代表 / 識別編號	最初收件日期
持照營業代表 / 代理人姓名	建議生效日期

營業代表必須填寫

- 初始註冊期 (IEP) (MA-PD 計劃參加者)
 初始承保註冊期 (ICEP) (MA 計劃參加者)
 初始註冊期 (IEP) (符合第 2 個初始註冊期 (IEP) 資格的 MA-PD 計劃參加者)
 開放註冊期 (OEP) (1 月 1 日 - 3 月 31 日)
- 開放註冊期 (OEP) (剛符合資格)
 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 狀態變更)
 特別註冊期 (SEP) (住所變更)
 特別註冊期 (SEP) (失去僱主團體健保計劃 (EGHP) 承保)
- 特別註冊期 (SEP) (慢性病)
 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 維持)
 年度註冊期 (AEP) (10 月 15 日 - 12 月 7 日)
 OEPI
- 特別註冊期 (SEP) (特別註冊期 (SEP) 原因) _____

持照營業代表簽名 (非必填)

日期：

請將本表格填好後郵寄或傳真至：

UnitedHealthcare
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

傳真：1-888-950-1170

計劃參加者姓名 _____

本頁刻意留空。

隱私權法聲明：聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 向聯邦醫療保險計劃收集資訊，以追蹤受益人參加註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃或處方配藥計劃 (Prescription Drug Plans, PDP) 的情形、改進護理，以及用於支付聯邦醫療保險福利。社會安全法案第 1851 和 1860D-1 節以及聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.50、422.60、423.30 和 423.32 節授權可收集這類資訊。聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 可使用、公開和交換聯邦醫療保險受益人提供的參加註冊資料，如紀錄系統通知 (System of Records Notice, SORN) 「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 所規定。是否回答本表格的問題由您自行決定。不過，沒有回答可能對參加註冊本計劃造成影響。

聯合健康保險公司向 AARP 支付權利金以使用其智慧財產。這些費用供 AARP 一般目的之用。AARP 和其關聯機構並非保險公司。即使您不是 AARP 會員也可以參加註冊。AARP 鼓勵您選擇產品時應考量您的需要，AARP 不為個人做特定的產品建議。

本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊封底的號碼致電我們的客戶服務部。

OMB No. 0938-1378

Expires: 7/31/2023

Y0066_ERFMA1_2023_CT_C

CSNY23PP0072123_001

本頁刻意留空。

參加註冊清單

做參加註冊決定前，您一定要完全瞭解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，請撥打本手冊封底所列的電話詢問客戶服務部代表。

瞭解福利

- ✓ 承保證書 (Evidence of Coverage, EOC) 提供所有承保和服務的完整清單。在參加註冊前，請務必檢視計劃承保範圍、費用和福利。請前往我們的計劃網站或致電要求瀏覽承保證書 (EOC)。我們的電話號碼和網址列於本手冊封底。
- ✓ 檢閱醫療護理提供者名冊 (或詢問您的醫生)，確定您現在求診的醫生在網絡內。
- ✓ 檢閱藥房名冊，確定您購買任何處方配藥時使用的藥房在網絡內。如果藥房不在名冊中，您可能必須為您的處方配藥重新選擇藥房。
- ✓ 檢閱處方藥一覽表，確認您的藥物屬於承保範圍。

瞭解重要規則

- ✓ 除了計劃月費外，您還必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份保費。這個保費通常會每個月從您的社會安全支票扣款。
- ✓ 福利將可能在每年 1 月 1 日變更。
- ✓ 本計劃允許您向我們網絡以外的醫療護理提供者 (非合約醫療護理提供者) 求診。不過，雖然我們會支付承保服務的費用，但醫療護理提供者必須同意要為您治療。除了急診或緊急情況外，非合約醫療護理提供者可拒絕提供護理。此外，您將必須為非合約醫療護理提供者提供的服務支付較高的定額手續費。