

2019 年 Medicare Advantage 登记表



如果需要其他语言或格式（盲文）的信息，请致电 844-667-5502 (TTY: 711)，联系 Bright Health。

要想加入 Bright Health，请提供如下信息：

请勾选您想加入的计划：

合同	PBP	计划名称	计划类型	保费
<input type="checkbox"/> H2288	001	Bright Advantage	HMO	\$0
<input type="checkbox"/> H2288	002	Bright Advantage Plus	HMO	\$55
<input type="checkbox"/> H2288	003	Bright Advantage Special Care	HMO - SNP	\$0
<input type="checkbox"/> H2288	005	Bright Advantage Assist	HMO	\$39
<input type="checkbox"/> H9516	001	Bright Advantage Flex	PPO	\$0
<input type="checkbox"/> H9516	002	Bright Advantage Flex Plus	PPO	\$110

请勾选您想加入的可选补充福利 (OSB) 计划：

牙科

合同	PBP	计划名称	计划类型	保费
<input type="checkbox"/> H2288	001	Bright Advantage	综合牙科	\$13
<input type="checkbox"/> H9516	001	Bright Advantage Flex	综合牙科	\$18

先生 夫人 女士

姓： _____ 名： _____ 中间名首字母： _____

出生日期（年/月/日）： _____ / _____ / _____ 性别： 男 女

家庭电话号码： _____ (_____) _____ - _____ 备用电话号码： _____ (_____) _____ - _____

常住街道地址（不允许填写邮箱）：

城市： _____ 县： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

邮寄地址（仅与常住地址不同时）：			
城市：	县：	州：	邮政编码：
紧急联系人：			
紧急联系人电话号码： (____)____-_____		与您的关系：	
电子邮件地址：			
请提供 Medicare 保险信息			
<p>请拿出您的红色、白色和蓝色 Medicare 卡填写此部分。</p> <p><input type="checkbox"/> 按照您的 Medicare 卡上显示的内容填写此信息。</p> <p>-或-</p> <p><input type="checkbox"/> 附上一份您的 Medicare 卡或社会保障局或铁路系统退休理事会为您写的信。</p>		姓名（您的 Medicare 卡上所示）：	
		Medicare 号码：	
		有权：	生效日期：
		医院 (Part A)	
		医疗 (Part B)	
		您必须同时有 Medicare Part A 和 Part B 才能加入 Medicare Advantage 计划。	

支付计划保费
<p>如果我们确定您欠一笔延迟登记罚款（或您目前有一笔延迟登记罚款），我们需要知道您比较喜欢以何种方式支付。您每个月可以通过邮件或电子资金转账（EFT）的方式支付。</p> <p>您还可以选择通过每月从您的社会保障局或铁路系统退休理事会（RRB）福利支票中自动扣款的方式进行支付。如果您被征收与 Part D 收入有关的月度调整金额，您会收到社会保障局的通知。除了保费之外，您还需负责支付这笔额外的金额。此金额将从您的社会保障局福利支票中扣除，或由 Medicare 或 RRB 直接向您收取。不要向 Bright Health 支付 Part D IRMAA。</p> <p>您每月可以通过邮件或电子资金转账（EFT）支付每月保费（包括您现在拥有或可能未交的任何延迟登记罚款）。您还可以选择通过每月从您的社会保障局或铁路系统退休理事会（RRB）福利支票中自动扣款的方式进行支付。</p>

如果您被征收与 **Part D** 收入有关的月度调整金额，您会收到社会保障局的通知。除了保费之外，您还需负责支付这笔额外的金额。此金额将从您的社会保障局福利支票中扣除，或由 **Medicare** 或 **RRB** 直接向您收取。不要向 **Bright Health** 支付 **Part D IRMAA**。

收入有限的人可能有资格获得 Extra Help 来支付他们的处方药费用。如果有资格，Medicare 可能支付您的药费的 75% 或更高，其中包括每月的处方药保费、年度免赔额和共同保险。此外，有资格者不会遇到承包缺口或支付延迟登记罚款。许多人有资格享受这些省钱优惠，但他们却不知道。想获得此 Extra Help 的更多信息，请联系您当地的社会保障办公室，或拨打 1-800-772-1213 联系社会保障局。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。您也可以访问 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp，在线申请 Extra Help。

如果您有资格获得 Extra Help 来支付 Medicare 处方药承保费用，Medicare 将支付您的全部或部分计划保费。如果 Medicare 仅支付部分保费，我们将向您收取 Medicare 未承保的金额。

如果您没有选择支付选项，您每个月都会收到一张账单。

请选择一个保费支付选项：

每月发票

每月从您的银行账户进行电子资金转账 (EFT)。请附上一份无效的支票或提供如下信息：

账户持有人姓名： _____

银行路由号码： _____ 银行账户号： _____

账户类型： 活期 储蓄

从您的社会保障局或铁路系统退休理事会 (RRB) 福利支票中自动扣款我的每月福利来自： 社会保障局 RRB

在社会保障局或 RRB 批准扣款后，可能需要两三个月才会开始进行社会保障局/RRB 扣款。多数情况下，如果社会保障局或 RRB 接受您的自动扣款请求，从您的社会保障局或 RRB 福利支票中扣除的第一笔款项将包括从您加入计划的生效日期起到开始扣款时的所有保费。如果社会保障局或 RRB 没有批准您的自动扣款请求，我们将寄给您一份载有您的每月保费的纸质账单。

请阅读并回答这些重要问题：

1. 您是否有晚期肾病 (ESRD)? 是 否

如果回答为“是”，并且您成功完成了肾移植和/或您不再需要定期透析，**请附上一张便条或您的医生的记录**，表明您成功完成了肾移植和/或您不再需要定期透析，否则我们可能需要联系您来获得更多信息。

2. 您是否有其他保险（如 TRICARE、联邦员工健康福利保险、VA 福利或州药物援助计划等）？

是 否

如果回答为“是”，请告诉我们您的保险承保的内容以及其他保险的信息：

Medical 处方药

其他保险的名称：

会员 ID 号：

团体 ID 号：

3. 您是否居住在长期护理机构内，如疗养院？ 是 否

如果回答为“是”，请提供如下信息：

机构名称： _____

机构的地址和电话号码（号码和街道）： _____

4. 您是否加入了州 Medicaid 计划？

是 否

如果回答为“是”，请提供您的州 Medicaid 计划号码，或者如果您的 Medicaid 号码不可用，请提供您的社会保险号 (SSN)：

_____ - _____ - _____

5. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

初级护理医师 (PCP)

请告诉我们您的初级护理提供者 (PCP) 的姓名：

名

姓

您是否已经是上述提供者的患者？ 是 否

如果您希望我们以英语以外的语言或以无障碍格式向您发送信息，请选中下面的其中一个框：

西班牙语 中文

盲文 录音磁带 大字体

如果您需要无障碍格式或非以上语言的信息，请致电 844-667-5502 与 Bright Health 联系。我们的营业时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY 用户应致电 (TTY: 711)。

停！请阅读此重要信息

如果您目前有雇主或工会提供的健康保险，加入 **Bright Health** 可能会影响您的雇主或工会的健康福利。如果加入 **Bright Health**，您可能会失去您的雇主或工会的健康保险。阅读您的雇主或工会寄送给您的通信内容。如有疑问，请访问他们的网站，或联系他们的通信内容中列出的办公室。如果没有联系人的信息，您的福利管理员或解答保险问题的办公室可以提供帮助。

请阅读并在下方签字

填写此登记申请，即表示我同意如下内容：

Bright Health 是一项 Medicare Advantage 计划，并与联邦政府签订了合约。我需要保留我的 Medicare Part A 和 B。我一次只能加入一个 Medicare Advantage 计划，并且我了解，我加入此计划将使我自动退出其他 Medicare 健康计划或处方药计划。我有责任告知您我现在拥有或未来可能获得的任何处方药保险。

加入此计划的时间通常是一整年。一旦加入，我只能在一一年中的特定时间，即登记期（如每年的 10 月 15 日——12 月 7 日）或在某些特殊情况下才能离开此计划或更换计划。

Bright Health 为某一特定服务区服务。如果我搬迁到 Bright Health 服务的区域之外，我需要通知计划，以便能够退出计划并在我的新区域找到一个新的计划。成为 Bright Health 会员后，如果我不同意计划做出的有关付款或服务的决定，我有权进行上诉。我会在收到 Bright Health 的《承保证书》文件后阅读该文件，以了解我必须遵守哪些规则才能通过此 Medicare Advantage 计划获得保险。我了解，拥有 Medicare 的人在国外时通常不会获得 Medicare 的保险，而只在美国边境附近获得有限的保险。

将承保 Bright Health 授权的服务或我的 Bright Health 《承保证书》文件（也称为会员合同或参保人协议）中包含的其他服务。没有授权，**MEDICARE 和 BRIGHT HEALTH 都不会支付服务的费用。**

我了解，如果我获得销售代理、经纪人或受雇于 Bright Health 或与 Bright Health 签订合同的其他个人提供的援助，则他/她可能根据我是否加入 Bright Health 来获得报酬。

如果您正在申请加入一个 HMO 计划，则如下陈述适用：我了解，自 Bright Health 保险开始的日期开始，我必须从 Bright Health 的计划内提供者获得所有医疗保健，但急诊或继续服务或区域外透析服务除外。

如果您正在申请加入一个 HMO-POS 计划，则如下陈述适用：我了解，自 Bright Health 保险开始的日期开始，使用网络内服务的费用比使用网络外服务的费用低，但急诊或继续服务或区域外透析服务除外。对于某些由网络外提供者提供服务，如果在医疗上是必要的，则 Bright Health 会补偿您。

如果您正在申请加入一个 PPO 计划，则如下陈述适用：我了解，自 Bright Health 保险开始的日期开始，使用网络内服务的费用比使用网络外服务的费用低，但急诊或继续服务或区域外透析服务除外。对于所有承保的福利，如果在医疗上是必要的，Bright Health 会进行补偿，即使我在网络外获得服务。

信息发布：通过加入此 Medicare 健康计划，我认可，Bright Health 会为了治疗、服务或医疗保健运营而将我的信息发布给 Medicare 和其他计划，必要时发布给其他相关方，其中包括但不限于 Medicare、其他计划、提供者和 Bright Health 的护理合作伙伴。我还认可，Bright Health 会将我的信息（包括我的处方药事件数据）发布给 Medicare，而 Medicare 可能会发布我的信息，来实现研究和其他遵守所有适用联邦法规和规定的目的。

据我所知，此加登记表上的信息是正确的。我了解，如果我故意在此表格上提供虚假信息，我将被从计划中除名。

我了解，我在此申请表上的签名（或根据我所居住的州的法律获授权，作为我的代表之人的签名）意味着我已经阅读并理解此申请表的内容。如果由获授权个人（如上所述）签名，此签名保证 1) 此人根据州法律获得授权来完成此登记和 2) 可以向 Medicare 提出申请来获得此授权的证明文件。

签名：

今日日期：

如果您是获授权代表，则您必须在上面对方签字，并提供如下信息：

姓名：_____

地址：_____ 电话号码：(____)____ - _____

与登记人的关系：_____

仅在办公室使用：

员工成员/代理人/经纪人的姓名（如果在登记时提供帮助）：

经纪人/代理人号码：

计划 ID 号：

保险生效日期：

ICEP/IEP：_____ AEP：_____ SEP 类型：_____ 无资格：_____

登记期的资格证明

通常只能在每年的登记期内加入一个 **Medicare Advantage** 计划，登记期为每年的 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。有一些例外情况，您可以在此登记期之外加入一个 Medicare Advantage 计划。

仔细阅读如下陈述，如果某一项适用于您，请勾选相应的方框。勾选以下任何的方框，即表示您保证据您所知，您符合某一个登记期的资格。如果我们后来确定此信息有误，则我们会使您退出计划。

- 我刚加入 Medicare
- 我加入了一个 Medicare Advantage 计划，想要在 Medicare Advantage 开放登记期 (MA OEP) 内更换计划。
- 我最近搬迁到我的当前计划的服务区之外，或我最近搬迁了，此计划对我来说是新的计划。我搬迁的日期为（插入日期）_____。
- 我最近被释放出狱。我被释放的日期为（插入日期）_____。
- 我长期定居在国外后，最近回到美国。我回到美国的日期为（插入日期）_____。
- 我最近获得了美国的合法公民身份。我获得此身份的日期为（插入日期）_____。
- 我的 Medicaid 最近发生了变化（刚获得 Medicaid、Medicaid 援助的级别发生变化或失去 Medicaid）。发生变化的日期为（插入日期）_____。
- 我的支付 Medicare 处方药保险的 Extra Help 最近发生了变化（刚获得 Extra Help、Extra Help 的级别发生变化或失去 Extra Help）。发生变化的日期为（插入日期）_____。
- 我同时拥有 Medicare 和 Medicaid（或我所在的州帮助支付 Medicare 保费）或我获得支付 Medicare 处方药保险费用的 Extra Help，但我没有发生变化。
- 我正在搬迁到、居住在或最近搬迁出了长期护理机构（例如疗养院或长期护理机构）。我搬进/将要搬进/搬迁出该机构的日期为（插入日期）_____。
- 我最近在（插入日期）_____退出了一个 PACE 计划。
- 我最近自愿失去我的可信处方药保险（和 Medicare 的一样的保险）。我在（插入日期）_____失去药物保险。
- 我将要在（插入日期）_____退出雇主或工会的保险。
- 我加入了我所在的州提供的一个药物援助计划。
- 我的计划将要终止与 Medicare 的合同，或 Medicare 将要终止与我的计划的合同。
- 我加入了 Medicare（或我所在的州）的一个计划，我想换一个计划。我在（插入日期）_____加入该计划。

我加入了一个特殊需求计划(SNP)，但我失去了留在该计划中所需的特殊需求资质。我在（插入日期）_____被 SNP 除名。

我受与天气有关的紧急情况或重大灾难的影响（如联邦应急管理局(Federal Emergency Management Agency, FEMA)所声明。这里的其他陈述中有一项适用于我，但由于自然灾害，我不能加入计划。

如果这些陈述都不适用于您或者您不确定，请联系 Bright Health 看您是否有资格加入计划，电话：(844) 667-5502，TTY 用户应致电 (TTY: 711)。我们的营业时间为：每一天的当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日），或星期一至星期五当地时间上午 8 点至晚上 8 点（4 月 1 日至 9 月 30 日的）。