

參保前檢查清單

在做出加入計劃的決定之前，您應充分理解我們的福利與規則。如果您有任何疑問，可致電 1-844-926-4521 或 TTY 711 聯絡客戶服務代表。

瞭解福利

- 查看承保說明書 (EOC) 中的完整福利清單，尤其是那些您看醫生時經常使用的服務。造訪 brighthouse.com/medicare 或致電 1-844-926-4521 或 TTY 711 查看 EOC 的副本。
- 查看提供者名錄 (或詢問您的醫生)，以確保您現在看的醫生在網絡內。如果醫生姓名不在名錄中，則表明您可能需要選擇一名新的醫生。
- 請查看藥房目錄，以確保您用於抓處方藥的藥房在網絡內。如果藥房名稱不在目錄中，您將可能需要選擇新的藥房來抓處方藥。

瞭解重要規則

- 除了計劃的每月保費外，您還必須繼續支付 Medicare B 部分保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
- 福利、保費和/或共付額/共同保險可能會在 2022 年 1 月 1 日發生變化。
- 除急救或緊急情況外，我們不承保網絡外提供者 (沒有在提供者名錄中列出的醫生) 提供的服務。
- 此計劃是慢性疾病特殊需求計劃 (CSNP)。您是否能參保將根據驗證決定，即您罹患符合條件的特定嚴重或致殘的慢性疾病。

個人參保申請表 IN A MEDICARE ADVANTAGE PLAN (C 部分)

1. 誰可以使用此申請表？

有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 計劃之人士。

要加入計劃,您必須:

- 是美國公民或在美國合法居留。
- 居住在計劃的服務區。

重要提示:要加入 Medicare Advantage 計劃,您還必須同時擁有以下兩項:

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

2. 我何時可以使用該申請表？

您可以於以下期間加入計劃:

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日(適用於從 1 月 1 日開始的保險)。
- 首次獲得 Medicare 後的 3 個月。
- 在某些情況下,您可以加入或更換計劃。

請造訪 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 瞭解更多有關何時可註冊計劃的資訊。

3. 填寫該申請表需要準備什麼？

- 您的 Medicare 號碼(您的紅、白和藍色 Medicare 醫保卡上的號碼)。
- 您的永久地址和電話號碼。

注意:您必須填寫第 1 部分中的所有項目。第 2 部分為選填項 - 您不會因為沒有填寫而參保被拒。

4. 請注意:

- 如果您想在秋季投保開放期間(10 月 15 日至 12 月 7 日)加入計劃,該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填寫的表格。
- 您的計劃會寄給您一張保費帳單。您可以在註冊時選擇從銀行賬戶或每月社會保障局(或鐵路職工退休管理委員會)福利中扣除保費。

5. 接下來做什麼？

請將填妥並簽名的表格寄至:

Bright HealthCare Medicare Advantage - 參保
P.O. Box1731

Portland, ME 04104

傳真:1-877-346-0321

一旦他們處理了您的加入請求, 他們會聯絡您。

6. 我如何獲取此申請表的填寫幫助？

致電 Bright HealthCare Advantage Health Plan:1-844-926-4521。TTY 使用者可致電 711。會員服務部工作時間為週一至週五 8 am – 8 pm,以及 10 月 1 日至次年 3 月 31 日每日 8 am – 8 pm。

或撥打 Medicare 熱線:1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),該熱線全天候提供服務。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a Bright HealthCare Advantage Health Plan al 1-844-926-4520, TTY 711 (o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, 24 horas al día/7 días a la semana) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Bright HealthCare está disponible de lunes a viernes de 8 am – 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am – 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo, excluyendo feriados federales.

第 1 部分 – 本頁所有欄位均為必填項 (除非標記為可選項)

提議的保險生效日期:

選擇想要加入的計劃:

**Bright Advantage Dual Access Plan
(HMO D-SNP) H2288-003**

Kings、New York 和 Queens 縣
每月 \$0*

*如果您沒有接受額外補助,您的保費可能更多

**Bright Advantage Embrace Choice
Plan (HMO C-SNP) H2288-010**

Kings、New York 和 Queens 縣
每月 \$0*

*如果您沒有接受額外補助,您的保費可能更多

**Bright Advantage Embrace Care Plan
(HMO C-SNP) H2288-009**

Kings、New York 和 Queens 縣
每月 \$0

第 1 部分 – 本頁所有欄位均為必填項 (除非標記為可選項)

名字：	姓氏：	中間名 (可選填)：	
出生日期 (年月日)： ____ / ____ / _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話號碼： _____ - _____ - _____	
永久居住地街道地址 (不填寫郵政信箱)：			
城市：	郡 (可選填)：	州：	郵遞區號
郵寄地址 (如果與永久住址不同, 可填寫郵政信箱)：			
城市：	州：	郵遞區號	

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼：_____ - _____ - _____

請回答下列重要問題：

除了 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃, 您是否將會享有其他處方藥承保 (如 VA、TRICARE) ?

是 否

其他保險的名稱：

此保險的會員編號：

此保險的團體編號：

為符合 Bright Advantage Embrace 慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP), 您必需罹患以下一種或多種慢性疾病。

您是否經診斷患有以下一種疾病? 請勾選所有適用項。

充血性心臟衰竭 (CHF) 心血管疾病 (CVD) 糖尿病 (DM)

遞交申請前, 請同時填寫此申請表所附的參保前資格評估工具 (PQAT)。PQAT 必須與您的參保申請表一起提交。

要符合 Bright Advantage Dual Access Plan (HMO D-SNP) 的資格, 必需核實 Medicaid 資格。您的 Medicaid 資格狀態必須是 QMB、QMB-Plus 或全面 Medicaid。

您有 Medicaid 嗎? 是 否

您的 Medicaid 號碼是多少? _____

重要提示：請閱讀下文並簽字：

- 我必須保持同時擁有醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 保險才能保持參加 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃。
- 加入 Medicare Advantage 計劃或 Medicare Prescription Drug 計劃即表明，我認可 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃將與 Medicare 共享我的資料，而 Medicare 可能會使用我的資料來跟蹤我的參保、付款，以及用於聯邦法律授權其收集該等資料而允許使用的其他目的 (見下方的隱私法聲明)。
- 您對該表格的回覆是自願的。但是，如果不做出回應，可能會影響計劃的加入。
- 據我所知所信，本投保申請表中的資訊均真實準確。本人瞭解若在此表格上故意填寫虛假資料，將遭計劃取消資格。
- 我瞭解，Medicare 投保人出國時通常都不屬於 Medicare 的承保範圍，除非是在美國邊境附近的有限承保。
- 我明白，在我的 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃承保開始後，我必須從 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃或額我所有的醫療和處方藥福利。Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃提供的福利和服務和其他包含在 HealthCare Medicare Advantage 計劃《承保證明書》(又稱為會員合約或訂戶協議) 中的服務將提供承保。無論是 Medicare 還是 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃都不會為不承保的福利或服務支付費用。
- 本人瞭解在此申請書上簽名 (或由本人合法授權代表簽名) 表示本人已閱讀並清楚此申請書的內容。如由授權代表簽名 (如上所述)，簽署即證明：
 1. 此人已依據州法律獲得授權，完成本投保事宜且
 2. 依據 Medicare 要求可出示授權證明文件。

Signature:

Today's Date:

If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:

Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____ - _____ - _____

Relationship to Enrollee: _____

Office Use Only:

Name of staff member/broker (if assisted in enrollment): _____

Agent NPN: _____

Plan ID#: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Broker received date: _____

第 2 部分 – 本頁所有欄位均為選填項

您可選擇回答這些問題。您不會因為沒有填寫而參保被拒。

如果您希望我們用英語以外的語言向您發送資訊，請選擇其中一項。

中文 韓文 西班牙語 其他 _____

如果您希望我們用可存取的格式向您發送資訊，請選擇其中一項。

盲文 大字體 音訊 CD

如果您需要上述列出的格式之外的存取格式，請致電 Bright HealthCare Medicare Advantage 計劃，**1-844-926-4521**。我們辦公室的服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日期間，每週 7 天，當地時間 8 am - 8 pm，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五當地時間 8 am - 8 pm，不包括聯邦假期。TTY 使用者可致電 **711**。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否

列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我想透過電子郵件獲得以下資料。選擇一項或多項。

如果可以的話，我想要電子版本的計劃資料。我瞭解我可以隨時索取紙質副本。

電子郵件地址： _____

隱私行為聲明

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，以跟蹤 Medicare Advantage (MA) 或 Prescription Drug Plan (PDP) 計劃的受益人參保情況，改善治療以及支付 Medicare 福利。《社會保障法》第 1851 條和第 1860D-1 條以及《美國聯邦法規》第 42 卷第 422.50、422.60、423.30 和 423.32 條授權收集該資訊。CMS 可按照記錄系統通知 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」系統編號 09-70-0588 的規定，使用、披露和交換 Medicare 受益人的註冊數據。您對該表格的回覆是自願的。但是，如果不做出回應，可能會影響計劃的加入。

第 2 部分 – 本頁所有欄位均為選填項 (續)

支付您的計劃保費

您可以透過郵寄或「電子資金轉帳 (EFT)」的方式，按月支付每月的計劃保費 (包括您目前所有或欠繳的任何延遲投保罰款)。此外，您也可以選擇每月從您的社會保障局或鐵路職工退休管理委員會 (RRB) 福利中自動扣減相應金額以支付保費。

如果您必須支付 D 部分收入相關每月調整費用 (D 部分 - IRMAA)，您必須在計劃保費的基礎上支付此額外費用。此金額通常從您的社會保障局福利中扣除，或者您可能從 Medicare (或 RRB) 收到帳單。Part D 部分-IRMAA 無需向 Bright HealthCare 支付費用。

請選擇保費支付選項

每月發票

從銀行帳戶以電子資金轉帳 (EFT) 按月支付。

請附上一張作廢支票或提供以下內容：

帳戶持有者姓名： _____

銀行代碼： _____

銀行賬號： _____

帳戶類型： 支票 存款

從您每月的社會保障局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 支票自動扣款。

我每月從以下機構獲得福利： 社會保障局 RRB

社會保障局/RRB 扣款要取得社會保障局或 RRB 核准，所以可能需要兩個月或更久時間才會開始扣款。在大多數情況下，如果社會保障局或鐵路職工退休管理委員會 (RRB) 接受您的自動扣款請求，則從您的社會保障金或鐵路職工退休管理委員會福利支票首次扣除的款項將包含您自投保生效之日起到扣款開始時應付的所有保費。如果社會保障局或鐵路退休委員會未批准您的自動扣款請求，我們將發送紙質的每月保費帳單給您。

根據 1995 年《文書工作縮減法案》，除非資訊收集顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都需要回應資訊收集。此資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1378。完成這些資訊所需的時間估計為平均 20 分鐘，包括檢查說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及完成和審查資訊收集所需的時間。如果您對時間估算的準確性有任何意見，或對本表格有任何改進意見，請寫信至：
CMS, 7500 Security Boulevard, 收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

重要注意事項：請勿將本表格或任何帶有您個人資訊 () 的項目發送至 PRA Reports Clearance Office。我們得到的任何項目，如果不是關於如何改進表格或減輕收集負擔 (在 OMB 0938-1378 中概述)，將被銷毀。這些項目不會被保存、審查或轉到計劃中。請參閱「接下來做什麼」部分，將填好的表格寄給計劃。

附件 la：參保機制中包含的資訊——參保期資格證明

引用部分：30.4

(修訂版 2，發佈日期：2020 年 8 月 25 日；生效/實施日期：2021 年 1 月 1 日)

通常，您只能在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期間加入 Medicare Advantage 計劃。此限制存在例外，可允許您在該參保期以外的時間加入 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀以下聲明，若聲明符合您的情況，請勾選相應方塊。勾選以下方塊即表示您確認，據您所知，您符合此投保期的資格。若我們後來認定您的資料不屬實，您可能被取消會員資格。

- 我是 Medicare 新會員。
- 我已投保 Medicare Advantage 計劃，並想在 Medicare Advantage 投保開放期間 (MA OEP) 更改投保內容。
- 我最近搬離了我目前所參加計劃的服務區，或者我最近剛搬來本區，這個計劃對我來說是一個新的選擇。我搬家的日期是 (請填寫日期) _____
- 我最近剛從監禁獲釋。我的獲釋日期是 (請填寫日期) _____
- 我之前長期居住在美國境外，最近剛返回美國國內我返回美國的日期是 (請填寫日期) _____
- 我最近在美國獲得了合法居留權我獲得此身份的日期是 (請填寫日期) _____
- 最近我的 Medicaid 發生變更 (新獲得 Medicaid、Medicaid 級別發生變更或失去 Medicaid) (請填寫日期) _____
- 最近我支付 Medicare 處方藥保險的額外補助發生變更 (新獲得額外補助、額外補助級別發生變更或失去額外補助) (請填寫日期) _____
- 我同時有 Medicare 與 Medicaid (或州政府補助我的 Medicare 保費)，或我獲得額外補助支付 Medicare 處方藥物承保費用，但並沒有變更。
- 我正要搬進、住在或近期搬離長期照護機構 (例如養老院或長期照護機構)。我於 (請填寫日期) _____ 已/將搬進/搬出該機構
- 我最近離開 PACE 計劃的日期是 (請填寫日期) _____
- 我最近意外失去了可信賴的處方藥保險 (與 Medicare 保險幾乎一樣的保險)。我喪失藥物承保的日期是 (請填寫日期) _____
- 我即將離開僱主或工會承保的日期是 (請填寫日期) _____
- 我擁有本州提供的藥物補助計劃。

- 我的計劃與 Medicare 的合約即將終止，或 Medicare 將與我的計劃終止合約。
- 我加入了 Medicare (或本州) 的一個計劃，我想選擇一個不同的計劃。我於 (請填寫日期) _____ 開始加入該計劃
- 我加入了一個受到破產接管的計劃。
- 我加入了一個 CMS 認定為一貫表現不佳的計劃。
- 我還有其他情有可原的情況。
- 我曾加入特殊需求計劃 (SNP)，但我已喪失該計劃要求的特殊需求資格。我從 SNP 退保的日期是 (請填寫日期) _____
- 我受到緊急情況或重大災害影響 (如聯邦緊急事務管理署 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府所宣佈)。這裡的其他聲明之一適用我的情況，但因為發生災害，讓我無法進行投保。

如果上述聲明均不適用於您或您不確定，請撥打 1-844-926-4521 (TTY 使用者應致電 711) 聯絡 Bright HealthCare，瞭解您是否有資格參保。我們的服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日期間，每週 7 天，當地時間 8:00 am - 8:00 pm，4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五當地時間 8:00 am - 8:00 pm，不包括聯邦假期。

Bright HealthCare 參保前資格評估表

重要注意事項：如果加入 Bright Advantage Embrace 慢性疾病特殊需求計劃，則填寫此表

Bright Advantage Embrace 慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP) 面向罹患糖尿病、充血性心臟衰竭和某些心血管疾病的患者。要加入這些計劃，Medicare 要求 Bright HealthCare 證實您的慢性疾病。該過程分為兩步：

第一步

請填妥此表格，並連同填妥的參保申請表一起寄回。如果您對至少一個慢性病問題的回答為「是」，您可能有資格加入 Bright Advantage Embrace C-SNP。

第二步

Bright HealthCare 必需在您參保一個月內證實您的慢性疾病。注意：如果我們無法證實您的慢性疾病，我們必需讓您退出 C-SNP。這就是為什麼向我們提供能夠證實您的病情的醫生或診所的聯絡資訊很重要（見此表第 3 頁）。

申請人資訊

姓氏：	名字：	中間名 (可選填)：
出生日期 (年月日)： ____ / ____ / ____	Medicare 號碼： _____ - _____ - _____	
電話號碼： _____ - _____ - _____	備用電話號碼 (手機) _____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> 勾選此方塊即表明，您授權 Bright HealthCare 及其附屬公司給您發送簡訊，告知您的健康計劃相關資訊。		
電子郵件地址：_____ <input type="checkbox"/> 勾選此方塊即表明，您授權 Bright HealthCare 及其附屬公司給您發送電子郵件，告知您的健康計劃相關資訊。		

慢性疾病問題

糖尿病 (DM) (注意：糖尿病前期診斷不符合本計劃)

1. 您是否曾被醫生告知患有糖尿病？ 是 否
2. 您是否服用或醫生給您開處胰島素或其他治療糖尿病的藥物？ 是 否
3. 您的醫生或註冊營養師是否給您安排了特殊飲食來治療糖尿病？ 是 否

充血性心臟衰竭 (CHF)

1. 您是否曾被醫生告知患有充血性心臟衰竭 (CHF)？ 是 否
2. 您是否服用藥物以防止肺部積液，或者您是否因為心臟問題導致肺部積液或腿部腫脹，並伴有呼吸短促？ 是 否
3. 在過去 12 個月裡，您是否接受過健康保健專業人士的建議或教育，每天稱體重以監測心臟問題？ 是 否

心血管疾病 (CVD)

1. 您是否曾被醫生告知患有下列任何疾病？
 - a. 心律失常 (如心房顫動 (「Afib」)、快速或不規則心跳等心律問題) 是 否
 - b. 冠狀動脈疾病 (心臟病) 是 否
 - c. 腿部血塊或血液循環問題 (外周血管疾病) 是 否
 - d. 慢性靜脈血栓栓塞 (靜脈中有血塊) 是 否
2. 您是否中風過？ 是 否
3. 您有過心臟病發作或植入支架的經歷嗎？ 是 否

能夠證實您的慢性疾病的醫療保健提供者

提供者 #1	提供者 #2
提供者名稱：	提供者名稱：
提供者電話號碼： ----- - -----	提供者電話號碼： ----- - -----
提供者傳真號碼： ----- - -----	提供者傳真號碼： ----- - -----
診所位置：	診所位置：

授權使用和披露健康資訊，以證實慢性疾病，用於確定健康計劃資格

我授權上述提供者向 Bright HealthCare 披露我的健康資訊，以證實我經診斷患有慢性疾病，符合 Bright HealthCare 慢性疾病特殊需求計劃的參保資格。此授權適用於提供者保存的有關我的上述慢性疾病病史的所有健康資訊。

注意：完成本文件授權披露和/或使用個人身份可識別健康資訊，如上所述，符合州和聯邦有關此類資訊隱私的法律。

申請人姓名 (列印姓名)： _____

申請人/授權代表簽名： _____

日期： _____

由提供者或提供者代表填寫

提供者證明

為確認是否符合加入慢性疾病特殊需求計劃的資格，本人特此證明上述申請人的健康狀況如下：

- 糖尿病 (DM) (糖尿病前期除外) 是 否
- 充血性心臟衰竭 (CHF) 是 否
- 心血管疾病 (請說明心血管疾病狀況) :
 - 心律失常 是 否
 - 冠狀動脈疾病 是 否
 - 外周血管疾病 是 否
 - 慢性靜脈血栓栓塞 是 否

提供者名稱 (列印名稱) : _____

提供者或提供者代表簽名: _____

今日日期: _____

請在收到表格的三 (3) 日內將其寄回給 Bright HealthCare

傳真：

1-877-346-0321

收件人：Bright HealthCare Medicare Advantage – 參保

郵寄：

Bright HealthCare Medicare Advantage – Enrollment

P.O. Box1731

Portland, ME 04104

如果您對此表格由任何疑問，請致電：**1-844-926-4522**，服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日期間，每週 7 天，當地時間 8 am - 8 pm，4 月 1 日至 9 月 30 日期間當地時間 8 am - 8 pm，不包括聯邦假期。