



2025 註冊申請表

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) H3387-015-002

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 () -
--------------	--------------

本人同意聯合健康保險和其關聯機構可使用自動撥號器和 / 或預錄語音技術撥打本人所提供的電話號碼。

社會安全號碼

(參加註冊雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 的人必填) : _____ - _____ - _____

聯邦醫療保險編號

永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱。備註：若是無家可歸者，郵政信箱可視為您的永久居住地址)

城市	郡	州	郵遞區號
----	---	---	------

郵寄地址 (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 _____

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

會員編號	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郵寄地址。

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 (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 __/__/__/__/__/__/__/__/__

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格式的計劃資訊？**

如果您偏好以其他語言或無障礙格式獲取計劃資訊，請勾選您想要的選項： 西班牙文

盲人點字 大字體 語音光碟 資料光碟

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

Y0066_ERFMA_2025_C CT

UHNY25HP0254863_000

如果您看不到您想要的語言或格式版本，請撥打我們的免付費電話 **1-844-560-4944**，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。或者，請前往網站 **UHC.com/CommunityPlan**，在網上尋求協助。

2. 您是否有參加註冊州政府醫療補助方案？

是 否

如果答「是」，請提供您的醫療補助號碼：_____

3. 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，墨西哥裔或墨西哥裔美國人
- 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

4. 您的種族為何？選擇全部適用的答案。

- 印地安人或 Alaska 原住民
- 黑人或非裔美國人

亞裔：

- 印度人
- 華人
- 菲律賓人
- 日本人
- 韓國人
- 越南人
- 其他亞洲人

Hawaii 原住民或太平洋島裔：

- 關島人或查莫羅人
- Hawaii 原住民
- 薩摩亞人
- 其他太平洋島裔
- 白人
- 我選擇不回答

聯邦或州政府認可部落的成員 / 公民 (部落名稱) _____

5. 您的性別為何？請選擇一個答案。

- 女性
- 男性
- 非二元性別

我使用其他詞彙：_____

我選擇不回答

6. 以下哪一項最能代表您對自己的認同？請選擇一個答案。

- 女同性戀或男同性戀
- 異性戀，亦即非同性戀
- 雙性戀

我使用其他詞彙：_____

我不知道

我選擇不回答

7. 您或您的配偶是否有工作？

是 否

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

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

會員編號

8. 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

您在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、平板電腦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

本人填寫此表格即表示同意下列內容：

- 本人必須保留醫院 (A 部份) 和醫療 (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」) 的民眾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。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或聯合健康保險都不會支付不屬於承保範圍的福利或服務。

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

Y0066_ERFMA_2025_C CT

UHNY25HP0254863_000

- 本人瞭解，本人一次只能參加註冊一項 Medicare Advantage (MA) 計劃 – 且參加註冊本計劃時，本人在另一項 Medicare Advantage (MA) 計劃的參加註冊就會自動終止 (Medicare Advantage (MA) 私營按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS)、Medicare Advantage (MA) 聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃適用例外規定)。
- **公開資訊：**加入本 Medicare Advantage 計劃，即表示本人確認本計劃會與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 分享本人的資訊，而聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會將該資訊用於追蹤本人參加註冊的情形、支付款項，以及用於授權可收集這類資訊之聯邦法律所准許的其他目的 (請參閱以下隱私權法案聲明)。
- 本人允許聯合健康保險基於管理本人健保計劃所需，根據適用法律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。
- 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 UnitedHealthcare 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 () -	與申請人的關係	

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

僅限協助計劃參加者填寫本表格的人士使用

如果您是協助計劃參加者填寫本表格的人士 (如營業代表、經紀人、州政府健康保險協助方案 (SHIP) 諮詢人員、家人或其他第三方)，請填寫這個部份。

姓名	與計劃參加者的關係
簽名	國家保險業務員編號 (僅限營業代表 / 經紀人)

僅限持照營業代表 / 代理機構使用

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
僱主團體名稱	
僱主團體編號	分公司編號

營業代表必須填寫

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 初始註冊期 (IEP) (Medicare Advantage 處方配藥 (MA-PD) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 初始承保註冊期 (ICEP) (Medicare Advantage (MA) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 初始註冊期 (IEP) (符合第 2 個初始註冊期 (IEP) 資格的 Medicare Advantage 處方配藥 (MA-PD) 計劃參加者) | <input type="checkbox"/> 開放註冊期 (OEP) (1 月 1 日 - 3 月 31 日) |
| <input type="checkbox"/> 開放註冊期 (OEP) (剛符合資格) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 狀態變更) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (住所變更) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (失去僱主團體健保計劃 (EGHP) 承保) |
| <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (慢性病) | <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (雙重資格低收入補助 (LIS) 維持) | <input type="checkbox"/> 年度註冊期 (AEP) (10 月 15 日 - 12 月 7 日) | <input type="checkbox"/> 長期護理機構開放註冊期 (OEPI) |
| <input type="checkbox"/> 特別註冊期 (SEP) (特別註冊期 (SEP) 原因) _____ | | | |

計劃參加者姓名 _____

營業代表姓名 / 識別號碼 _____

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

請傳真每一頁的正反面

隱私權法案聲明：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。

UHC Dual Complete NY-Q001 (HMO-POS D-SNP) 透過聯合健康保險公司 (UnitedHealthcare Insurance Company) 或其關聯機構之一提供保險，上述公司是與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約並與州政府醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 方案簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參加註冊本計劃視本計劃與聯邦醫療保險的合約是否續約而定。

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: 6/30/2026

Y0066_ERFMA_2025_C CT

UHNY25HP0254863_000

參加註冊核對清單

作參加註冊決定前，您一定要完全瞭解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，您可以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)，確認您現在求診的醫生在網絡內。如果醫生不在名冊中，表示您可能必須重新選擇醫生。
- ✓ 檢閱藥房名冊，確認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，除非您的 B 部份保費是由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或由其他第三方為您支付。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。請查閱承保證書 (EOC)，確認哪些網絡外服務屬於本計劃的承保範圍。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。
- ✓ 對現行承保的影響。如果您目前已參加註冊 Medicare Advantage 計劃，只要您新的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您目前的 Medicare Advantage 健康護理承保就會終止。如果您有軍人醫療保險計劃 (TRICARE)，只要您新的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您的承保就可能受到影響。如需更多資訊，請聯絡軍人醫療保險計劃 (TRICARE)。如果您有聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃，只要您的 Medicare Advantage 承保一開始生效，您可能就會因為要為您無法使用的承保付費而想取消您的聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃。
- ✓ 本計劃是雙重資格特殊需求計劃 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)。確定您有權取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和按醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 規定由州政府計劃提供之醫療補助兩者後，您才能參加註冊。