



附表 1：註冊 Medicare Advantage 計畫 (C 部分) 個人註冊申請表範本

誰可以使用本表格？

擁有聯邦健保並想參加 Medicare Advantage 計畫的人

如欲加入計畫，您必須符合下列條件：

- 是美國公民或合法居留美國
- 住在計畫的服務地區內

重要：如欲加入 Medicare Advantage 計畫，您也必須擁有下列兩者：

- 聯邦醫療保險 A 部份 (醫院保險)
- 聯邦醫療保險 B 部份 (醫療保險)

我何時該使用本表格？

您可以加入計畫的時間：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間 (適用 1 月 1 日開始的承保)
- 最初取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 起 3 個月內
- 允許您加入或轉換計畫的特定情況下

請瀏覽 Medicare.gov，進一步瞭解您何時可以登記加入計畫。

我需要哪些資訊來填寫本表格？

- 您的聯邦醫療保險編號 (您的紅、白、藍聯邦醫療保險卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

註：您必須填妥第 1 節中的所有項目。第 2 節中的項目為自選填寫，不能因為您沒有回答問題就拒絕為您提供承保。

叮嚀：

- 如果您想在秋季開放註冊期間 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 參加計畫，該計畫必須在 12 月 7 日前收到您填好的表格。

接下來呢？

請將您填好並簽名的表格寄至：

OneCare (HMO D-SNP)
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

他們處理好您的加入申請後就會與您聯絡。

我該如何取得協助填寫本表格？

撥打 OneCare 電話 **1-877-412-2734**。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

或者，請撥打聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

En español: Llame a OneCare al **1-877-412-2734**. TTY al **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.

面臨無家可歸的人士

- 如果您想加入一項計畫，但沒有永久居住地，那麼郵政信箱、庇護所或診所的地址，或接收郵件 (如社會保險支票) 的地址可被視為您的永久居住地址

根據 1995 年文書減量法案，除非資訊收集顯示有效的預算管理辦公室 (OMB) 控制編號，否則任何人都不必回應。本資訊收集的有效預算管理辦公室 (OMB) 控制編號為 0938-1378。本資訊填寫所需時間預估每次回應平均 20 分鐘，包括閱讀指示說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及填寫和閱讀資訊收集內容。如果您有關於預估時間準確性的意見或改善本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要

請勿將本表格或任何包含您個人資訊的文件 (例如請款、付款、病歷等) 寄給文書作業減量 (PRA) 報告審批辦公室。我們收件後將會銷毀任何與如何改善本表格或其收集責任 (如 OMB 0938-1378 所述) 無關的文件，不會進行保存、審查或轉交給計畫。請參閱本頁的「接下來呢？」的內容，將您填好的表格寄給計畫。



ONECARE (HMO D-SNP) , 聯邦健保 Medi-Cal 個人註冊表格

第 1 節 – 本頁所有欄位均為必填 (除非標明非必填)

選擇您想要參加的計劃：

OneCare (HMO D-SNP) – 每月 \$0

名字： 姓氏： [非必填：中間名首字母]：

出生日期：(月/日/年)

(____/____/____)

性別：

男性

女性

電話號碼：

永久居住地址 (請勿填寫郵政信箱)

城市：

[非必填：郡]：

州：

郵遞區號：

通訊地址 (如與永久居住地址不同時才需要填寫，允許郵政信箱)：

街道地址：

城市：

州：

郵遞區號：

緊急聯絡人：

電話號碼：

與您的關係：

您的聯保健保資訊：

聯邦醫療保險編號：

請回答這些重要問題：

除 OneCare 外，您是否還有其他處方配藥承保 (如 VA、TRICARE) ? 是 否

其他保險的名稱：

該承保的會員卡號碼：

該承保的團體編號

您是否有參加註冊州政府醫療補助 (Medi-Cal) 方案 ? 是 否

如果填寫「是」，請提供您的醫療補助 9 位數的號碼 (客戶索引號 (CIN))：

重要資訊：請閱讀並在下方簽名：

- 本人必須維持醫院 (A 部份) 和醫療 (B 部份)，才能繼續留在 OneCare。
- 透過加入此 Medicare Advantage 計畫，我確認 OneCare 將與聯邦健保分享我的資訊，後者可以用這些資訊來追蹤我的註冊情況，進行支付，以及用於聯邦法律允許收集這些資訊的其他目的 (見下面的隱私法聲明)。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。
- 本人瞭解我一次只能加入一個醫療計畫，加入本計畫將自動終止我在另一個醫療計畫中的註冊 (適用於 MA PFFS，MA MSA 計畫的除外)。
- 本人瞭解，本人的 OneCare 承保開始後就必須從 OneCare 取得本人所有的醫療和處方配藥福利。OneCare 授權的福利和服務以及本人的 OneCare 「<承保證書/會員手冊>」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。聯邦健保或 OneCare 都不會支付承保範圍之外的福利或服務的費用。
- 盡本人所知，本參加註冊表上的資訊正確無誤。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。
- 本人瞭解，本人在此申請表上簽名 (或由獲得合法授權可代表本人的人簽名) 即表示本人已經閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權代表簽名 (如以上所述)，該簽名證明：
 - 1) 該人士按州法律獲得授權可完成此參加註冊；且
 - 2) 當聯邦健保要求時，可出具該授權文件。

簽名：

今天日期：

如果您是授權代表，請於上方簽名並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與計劃參加者的關係：

第 2 節 – 本頁所有欄位均為非必填

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。

您是西語裔、拉丁裔或西班牙裔？選擇全部適用的答案。

- 不，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。

您的種族是甚麼？選擇全部適用的答案。

- 美國印地安人或 Alaska 原住民
- 亞洲印度裔
- 黑人或非裔美國人
- 華裔
- 菲律賓裔
- 關島或查莫羅裔
- 日裔
- 韓裔
- Hawaii 原住民
- 其他亞裔
- 其他太平洋島裔
- 薩摩亞裔
- 越南裔
- 白人
- 我選擇不回答。

如果您希望我們用英語以外的語言向您發送資訊，請選擇一項。

西班牙語 越南語 波斯文 阿拉伯語 中文 韓語

如果您希望我們用無障礙格式向您發送資訊，請選擇一項。

點字 大字體 音訊 CD

如果您需要以上所列以外的無障礙格式資訊，請聯絡 OneCare，電話 1-877-412-2734。我們的服務時間是<週一至週五上午 8 時 至下午 5 時，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。

您是否有工作？ 是 否

您的配偶是否有工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)、診所，或健康中心：

Office Use Only:

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

隱私權法聲明

聯邦健保與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 向聯邦健保計劃收集資訊，以追蹤受益人參加註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃的情形、改進護理，以及用於支付聯邦健保福利。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 和 422.60 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。

OneCare (HMO DSNP)，聯邦健保 Medi-Cal 計畫是與聯邦健保簽有合約的 Medicare Advantage 組織。投保 OneCare 視合約續約情況而定。OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。請聯絡 OneCare 客戶服務部，免付費電話 1-877-412-2734 (TTY 711)，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。請瀏覽我們的網站，網址為 www.caloptima.org/OneCare。

附件：

- 禁止歧視通知插頁 [資料編號：H5433_23MM003_C]
- 多語言插頁 [資料編號：IR23_MM002_H5433_H7501]