



請保留本表格的副本作為您的記錄。

Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid) 計劃申請表格

欲加入 Medicare-Medicaid 計劃，您必須擁有聯邦醫療 Medicare 的 A 部份 (醫院保險)，Medicare 的 B 部份 (醫療保險)，以及加州醫療補助 Medi-Cal 計劃。

選擇一個健保計劃:

OneCare Connect

您的信息:

姓名: (名字，中間名，姓氏)			
出生日期: (_ _ / _ _ / _ _ _ _) 月 日 年		性別: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
電話號碼:	第二聯絡電話:	電郵地址:	
家庭地址:			
城市:	州:	郵政編碼:	郡/縣 (可選填):
郵寄地址 (若與家庭地址不同):			
城市:	州:	郵政編碼:	郡/縣 (可選填):
緊急聯絡人:		緊急聯絡人電話號碼:	

請勾選以下某項空格，若您希望我們郵寄，除英文以外，其它語言，或其它格式印刷版本的資料給您：

西班牙語 越南語 波斯語 韓語
 中文 阿拉伯語 盲文，音頻或大字體印刷

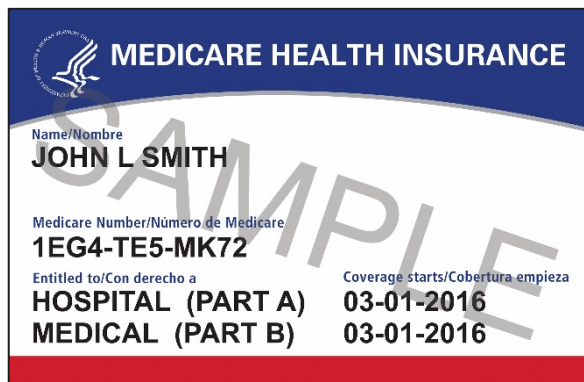
若您需要的格式版本不在上述所列，請撥打 OneCare Connect 計劃專線 **1-855-705-8823**。我們的辦公時間為，週一至週五，上午 8:00 時至下午 5 時。TDD/TTY 用戶應撥打專線 **1-800-735-2929**。

請告知我們您通常去哪裡接受醫療保健：

您的家庭醫生，診所或醫療中心的名稱：	電話：
--------------------	-----

請告知我們您的聯邦醫療 Medicare 和加州醫療補助 Medi-Cal 保險：

請在下面填寫您的 Medicare 和 Medi-Cal 信息。您可以在您的紅藍白 Medicare 聯邦醫療卡上，或鐵路退休管委會。另外，請按照您卡片正面的信息，填寫您的加州醫療補助 Medi-Cal 計劃的醫療卡號碼。



姓名 (按您的 Medicare 醫療卡填寫):	
Medicare 醫療卡號:	
享有福利:	生效日期:
醫院 (A 部份):	
醫療 (B 部份):	
您必須擁有 Medicare 的 A 部份和 B 部份，才能參保 MMP 類計劃。	

姓名 (按您的 Medicaid 州醫療補助卡填寫):
Medicaid 州醫療補助卡號:

其它個人信息:

您是否罹患終末期腎病 (ESRD)? 若「是」，而您已經成功接受過腎臟移植，和/或不再需要定期血液透析 (洗腎)，請隨附您的醫生開處的證明。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否居住在長期護理設施? 若「是」，請填寫以下信息:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
設施名稱:		電話:
您是否工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否已婚? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您的伴侶是否工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

關於您的健康和處方藥物保險的信息:

某些人透過私人保險公司投保其它健康或藥物保險，如 TRICARE，僱主保險，工會保險，退伍軍人事務部保險，或者州藥品援助計劃 (SPAPs).

您是否有其它健康保險? 若「有」，請在下面填寫其信息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
您的保險名稱 (和僱主名稱，若有):	組號:
	卡號:
您的保險名稱 (和僱主名稱，若有):	組號:
	卡號:
您的保險名稱 (和僱主名稱，若有):	組號:
	卡號:
您的保險名稱 (和僱主名稱，若有):	組號:
	卡號:
您的保險名稱 (和僱主名稱，若有):	組號:
	卡號:

如果您目前有僱主或工會投保的保險，您 (或您的受扶養人) 在參保 OneCare Connect 計劃之後，可能會喪失此份保險計劃。您的僱主或工會可以提供更多與您的保險相關的資訊。若您有任何疑問，請諮詢您辦公室裡負責管理員工福利的人士。

請閱讀並簽署以下內容。

若您簽署此表格，則表示您瞭解以下內容：

- OneCare Connect 計劃與聯邦政府和加州政府簽有合約。
- 您從您的新計劃獲得的醫療服務，可能與您之前得到的服務不同。
- 我必須保持聯邦醫療 Medicare的A部份-和 B部份，以及加州醫療補助 Medi-Cal計劃的資格。
- 我只能在同一時間擁有一份聯邦醫療 Medicare計劃。
- 透過加入 OneCare Connect計劃，我將結束我的其他Medicare健康或處方藥物保險計劃。
- 我必須告知Medicare和Medi-Cal，我目前擁有，或將要投保的任何處方藥物保險。
- 如果我搬家，我需要告知 OneCare Connect計劃。
- 作為 OneCare Connect計劃的會員，如果我不同意OneCare Connect計劃，對付款或服務作出的決定，我有權上訴。
- 我明白 OneCare Connect 計劃「會員手冊 (承包範圍說明)」中，包含有我必須遵守的規則。
- OneCare Connect 計劃通常不承保身處美國境外的人士，但是也許會在接近美國邊境的地方提供有限的承保。
- 在 OneCare Connect保險開始後，我必須從 OneCare Connect 計劃的醫療服務者處，接受我的醫療補健服務。急救狀況或緊急治療，服務區外血液透析，或若我經OneCare Connect計劃，或加州政府批准，就診其它醫療服務者的情況除外。
- OneCare Connect 將承保，由「會員手冊 (承包範圍說明)」中提及的 OneCare Connect 計劃醫生和其他醫療服務者，提供我的醫療保健服務。
- 如果我需要就診某位，不屬於 OneCare Connect 計劃的醫療服務者，或其它服務者，我可能需要申請事先授權，或者我可能要為我所接受的服務，自行支付費用。
- 我明白如果保險銷售員，仲介或其他受僱於，或與OneCare Connect計劃簽約的個人幫助我，OneCare Connect可以在我參保計劃後支付此人費用。
- 透過參保 OneCare Connect計劃，我瞭解 OneCare Connect 計劃，可以將我的信息分享給聯邦醫療和加州醫療補助計劃，並在對治療，付費和醫療保健運作有必要時，分享給其它保險計劃。
- 我瞭解處方藥物是承保福利，但並非完全與我已用的藥物一致。我瞭解一旦加入OneCare Connect 計劃，我最多將有30天的，可以獲得現有的藥物，之後我可以轉換成另一種藥物，而我可以有最長12個月的時間，就診我現有的醫生，來獲得聯邦醫療 Medicare 的服務，和加州醫療補助 Medi-Cal 計劃的服務。我更清楚
- 我必須使用 OneCare Connect 計劃自己的醫療服務者和藥房或的醫療保健服務，除非有非常規的，緊急狀況。
- 我瞭解 OneCare Connect 計劃可以與聯邦醫療 Medicare，和加州醫療補助 Medi-Cal 計劃分享我的信息，包括我的處方藥物信息。受聯邦政府準則和規範允許，他們可以基於研究和其他原因而披露此信息。
- 據我所知，本表格上的信息完全正確。我清楚，如果我在填寫表格時故意提供不實信息，我將被 OneCare Connect 計劃退保。

- 此表格上我的簽字 (或我的代表的簽字)，代表我已經閱讀和瞭解此表格信息。如果某位授權代表簽字，此人的簽字代表，他或她經州法律授權完成本次投保，而本次授權的相關文件可以向 Medicare 和/或 Medi-Cal 計劃索取。

您的簽字:	日期:
關於您的授權代表的信息，若有: 若您是授權代表，您必須提供以下信息，簽字並標註日期:	
姓名 (請工整書寫):	
簽字:	
日期:	
地址:	
電話號碼:	
與 Medicare 和 Medicaid 受保人的關係:	

欲瞭解詳情，請上網至 www.caloptima.org。若您有任何疑問，請致電 OneCare Connect 計劃專線 **1-855-705-8823**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 用戶應撥打 **1-800-735-2929**。此電話為免費。您可以免費獲得此信息的其它語言和格式印刷得版本，例如大體，盲文，和音頻版本。

僅限辦公室專用 – Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Plan ID#:	Effective date of coverage:
SEPs: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (type) <input type="checkbox"/> Not Eligible	
CMS approved (MM/DD/YY):	Preferred language:
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect 計劃 (Medicare-Medicaid 計劃) 是一個與聯邦醫療 Medicare，和加州醫療補助 Medi-Cal 簽約合作，旨在向參保者提供雙項福利的健保計劃。OneCare Connect 計劃遵守現有聯邦民權法律，而不基於種族，膚色，原國籍，年齡，殘障或性別歧視他人。若您有疑問，請致電 OneCare Connect 計劃免費號碼 **1-855-705-8823**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TDD/TTY 用戶可以撥打免費電話 **1-800-735-2929**。

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-855-705-8823** (TTY (հեռատիպ) **1-800-735-2929**):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-705-8823** (телетайп: **1-800-735-2929**).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم
1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-855-705-8823 (TTY: **1-800-735-2929**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Lao: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).