

保留此表格的副本作為記錄。

## Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid) 計畫申請表格

要加入 Medicare-Medicaid 計畫，您必須擁有 Medicare A 部分（醫院保險）、Medicare B 部分（醫療保險）和 Medi-Cal。

### 選擇一個健康計畫

<input type="checkbox"/> OneCare Connect
--

### 您的訊息：

姓名：（名，中間名，姓）			
出生日期： （__ / __ / ____）月 日年		性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
電話號碼：	第二電話號碼：	電子郵箱地址：	
家庭住址：			
城市：	州：	郵編：	縣（可選）：
郵寄地址（如果不同於家庭地址）：			
城市：	州：	郵編：	縣（可選）：
緊急聯繫人姓名：		緊急聯繫電話號碼：	

如果您希望我們以英語以外的語言或可訪問的格式向您發送信息，請勾選以下方框之一：

西班牙語       越南語       波斯       韓語  
 中文       阿拉伯語       盲文、錄音帶或大字體

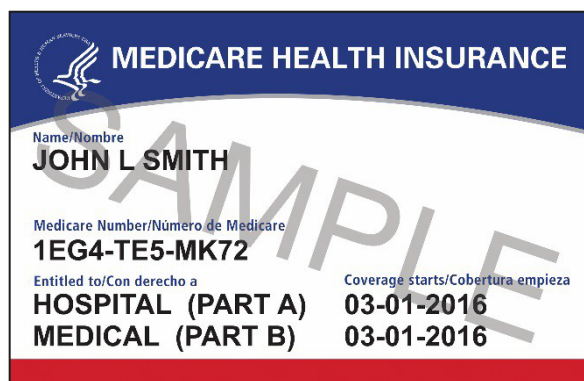
如果您需要上面列出的以外的其他可訪問格式或語言的信息，請聯繫 OneCare Connect，<1-855-705-8823>，我們的辦公時間是 <週一至週五上午 8 點 至下午 5 點> TTY 用戶應撥打 <711>。

您的家庭醫生、診所或健康中心的名稱：

電話：

## 告訴我們您的 Medicare 和 Medi-Cal 承保：

在下面填寫您的醫療保險（Medicare）和加州醫療保險（Medi-Cal）信息。您可以在您的紅、白、藍 Medicare 卡或鐵路退休董事會上找到此信息。此外，請填寫您的 Medi-Cal 卡正面顯示的 Medi-Cal ID 號。



姓名（在您的 Medicaid 卡上顯示的）：	
Medicaid 號碼：	
有權獲得：	生效日期：
醫院保險（A 部分）	
醫療保險（B 部分）	
您必須擁有 Medicare A 部分和 B 部分才能加入 MMP 計劃。	

姓名（在您的 Medicaid 卡上顯示的）：
Medicaid 號碼：

## 其他個人訊息：

<b>您是否患有末期腎病 (ESRD)？</b> 如果“是”並且您已經成功腎移植和/或不再需要定期透析，請附上醫生的說明。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>您住在長期護理機構嗎？</b> 如果“有”，請填寫以下訊息		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>機構名稱：</b>		<b>電話：</b>
<b>您工作嗎？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>您結婚了嗎？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<b>您的愛人工作嗎？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 有關您的健康和處方藥承保範圍的信息：

有些人通過私人保險、TRICARE、雇主、工會、退伍軍人事務部或國家藥物援助計劃 (SPAP) 獲得其他健康保險或藥物保險。

<b>您是否有其他的健康承保？如果“有”，請填寫以下訊息</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>您計畫的名稱（和雇主名字，如果適用）：</b>	<b>組號：</b>
	<b>ID號碼：</b>
<b>您計畫的名稱（和雇主名字，如果適用）：</b>	<b>組號：</b>
	<b>ID號碼：</b>
<b>您計畫的名稱（和雇主名字，如果適用）：</b>	<b>組號：</b>
	<b>ID號碼：</b>
<b>您計畫的名稱（和雇主名字，如果適用）：</b>	<b>組號：</b>
	<b>ID號碼：</b>
<b>您計畫的名稱（和雇主名字，如果適用）：</b>	<b>組號：</b>
	<b>ID號碼：</b>

如果您現在擁有雇主或工會的健康保險，您（或您的被扶養人）可能會在您加入 OneCare Connect 時失去該保險。您的雇主或工會可以為您提供有關您的承保範圍的更多信息。如果您有任何疑問，請與您辦公室中負責福利的人員交談。

## 請閱讀並在下方簽名。

當您簽署此表格時，即表示您了解：

- OneCare Connect 與聯邦政府和加利福尼亞州簽訂了合同。
- 您通過新計劃獲得的健康服務可能與您之前獲得的服務不同。
- 我必須保留 Medicare A 部分和 B 部分以及 Medi-Cal。
- 我一次只能參加一項 Medicare 計劃。
- 通過加入 OneCare Connect，我將結束我在另一個 Medicare 的註冊健康或處方藥計劃。
- 我必須告訴 Medicare 和 Medi-Cal 我已有或將來可能獲得的任何處方藥承保。
- 如果我搬家，我需要告訴 OneCare Connect。
- 作為 OneCare Connect 的會員，如果我不同意 OneCare Connect 關於付款或服務的決定，我有權提出上訴。
- 我了解 OneCare Connect 會員手冊（承保證明）包括了我必須遵守的規則。
- OneCare Connect 通常不承保在國外的人，但在美國邊境附近可能有有限的承保。
- 在 OneCare Connect 承保開始之日，我必須從 OneCare Connect 醫療服務者那裡獲得我的醫療保健，緊急或急診護理、區域外透析或在某些情況下我獲得 OneCare Connect 或加州批准可以去看其他醫療服務者的情況除外。
- OneCare Connect 與其醫生和其他醫療服務者將按照會員手冊（承保證明）中的概述，了解承保的服務並為我提供醫療保健服務。
- 如果我需要去看不在 OneCare Connect 網內的醫療服務者或其他醫療服務者，我可能需要事先授權，或者我可能需要為我獲得的服務自付費用。
- 我了解，如果 OneCare Connect 僱用或與之簽約的銷售代理、經紀人或其他個人正在幫助我，OneCare Connect 可能會在他們為我註冊時向該人付款。
- 通過加入 OneCare Connect，我知道 OneCare Connect 可能會與 Medicare 和 Medi-Cal 以及其他必要的治療、支付和醫療保健運營計劃共享我的信息。
- 我知道處方藥都在承保範圍內，但並不總是與我正在服用的藥物相同。我了解一旦我加入 OneCare Connect 我將可以繼續使用我當前的藥物至少 30 天，直到我可以換用另一種藥物，並且我可以在長達 12 個月的時間內使用我當前的醫療服務者以獲得 Medicare 服務和 Medi-Cal 服務的最長期限為 12 個月一旦我加入 OneCare Connect。我進一步了解到 我必須使用 OneCare Connect 的醫療服務者和藥房來獲得醫療保健服務，非常規緊急情況除外。
- 我知道 OneCare Connect 可能會分享我的信息，包括我在 Medicare 和 Medi-Cal 的處方藥承保。在聯邦法規允許的情況下，他們可以將其發布用於研究和其他目的。
- 據我所知，此表格上的信息是正確的。我了解，如果我故意在此表格上提供虛假信息，我的 OneCare Connect 的註冊將被取消。

- 我在此表格上的簽名（或我的授權代表的簽名）表示我已閱讀並理解此表格。如果授權代表簽字，則此人的簽字意味著他或她根據州法律被授權完成此登記，並且該授權的文件可根據 Medicare 和/或 Medi-cal 的要求提供。

您的簽字：	日期：
-------	-----

<b>有關您的授權代表的信息（如果適用）：</b> 如果您是授權代表，您必須提供以下信息，簽名和日期：	
姓名（請楷書）：	
簽名：	
日期	
地址：	
電話號碼：	
與 Medicare 和 Medicaid 人員的關係：	

更多訊息，請瀏覽[www.caloptima.org](http://www.caloptima.org)。如果您有訊息，請致電OneCare Connect

**1-855-705-8823**，服務時間為每週7天，每天24小時。TTY用戶請撥打 **711**。該電話免費。您也可免費索取本通知的其他語言版本和格式，例如大字版、盲文版或音頻版。

## Office Use Only

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

OneCare Connect Cal MediConnect 計畫(Medicare-Medicaid Plan)是一個與聯邦醫療Medicare和Medi-Cal簽約合作的計畫，旨在為登記會員同時提供這兩項醫療保險計畫的福利。OneCare Connect 計劃遵循聯邦民權法律並且不會因為種族，膚色，原國籍，年齡，殘障或性別而歧視任何人。請聯繫OneCare Connect客戶服務部門免費電話 **1-855-705-8823 (TTY 711)**，服務時間為<每週7天，每天24小時>。

**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: **711**).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **711**).

**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: **711**)。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu u bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **711**).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-855-705-8823** (TTY **711**) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم **1-855-705-8823** . (TTY **711**)