

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 投保申請表格

誰可以使用本表格？

擁有Medicare並想參加 Medicare Advantage 計劃的人

如欲加入計劃，您必須：

- 是美國公民或合法居留美國
- 住在計劃的服務地區內

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

- Medicare A 部份 (醫院保險)
- Medicare B 部份 (醫療保險)

我何時該使用本表格？

您可以加入計劃的時間：

- 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Medicare起 3 個月內
- 在某些情況下，您可以加入或轉換計劃

請瀏覽 Medicare.gov，進一步瞭解您何時可以登記加入計劃。

我需要哪些資訊來填寫本表格？

- 您的Medicare號碼 (您的紅、白、藍 Medicare卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

注意：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。

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期間 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 參加計劃，本計劃必須在 12 月 7 日前收到您填妥的表格。

接下來會發生什麼？

請將您填好並簽名的表格寄至：

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

一旦他們開始處理您的加入申請，他們就會與您聯繫。

我該如何取得協助填寫此表格？

請撥打 **1-877-412-2734** 聯絡CalOptima Health OneCare。TTY 用戶可致電 **711**。

或者，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡Medicare。TTY 用戶可致電 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

- 如果您想加入一個計劃，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 (如社會保障支票) 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 PRA Reports Clearance Office (文書作業減量報告審批辦公室, PRA)。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、審查或轉交給計劃。請參閱本頁的「接下來呢？」的內容，將您填好的表格寄給計劃。

第 1 節 – 本頁所有欄位均為必填 (除非標明自選填寫)

選擇您想要參加的計劃：

☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) – 每月 \$0

☐ CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP)– 每月 \$0

名字： 姓氏： [自選填寫：中間名首字母]：

生日：(月 / 日 / 年)
(____ / ____ / ____)

性別：
☐ 男性 ☐ 女性

電話號碼：

永久居住街道地址 (不要輸入郵政信箱)：備注：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能被視為您的永久居住地址。

城市：

[自選填寫：縣]：

州：

郵政編碼：

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：

郵政編碼：

您的Medicare信息：

Medicare號碼：

____ - ____ - ____

請回答這些重要問題：

除 CalOptima Health OneCare 外，您是否還有其他處方藥承保 (如 VA、TRICARE) 計劃？

☐ 是 ☐ 否

其他保險的名稱：

該承保的會員卡號碼：

該承保的團體：

您是否有加入州Medicare (Medi-Cal) 計劃？ ☐ 是 ☐ 否

如果填寫「是」，請提供您的Medicaid 9 位數的號碼 (客戶索引號碼 (Client Index Number, CIN))：

重要：請閱讀並在下方簽名：

- 本人必須保留醫院 (A 部份) 和醫療 (B 部份)，才能繼續留在 CalOptima Health OneCare。
- 透過加入此 Medicare Advantage 計劃，我確認 CalOptima Health OneCare 將與 Medicare 分享我的資訊，後者可以用這些資訊來追蹤我的投保情況，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)。您對本表格的回答是出於自願的。不過，未能做出回答可能會影響投保該計劃。
- 本人瞭解我一次只能入保一個醫療計劃，投保該計劃將自動終止我在另一個醫療計劃的入保 (適用於 MA PFFS、MA MSA 計畫的除外)。
- 本人瞭解，本人的 CalOptima Health OneCare 承保開始後就必須從 CalOptima Health OneCare 取得本人所有的醫療和處方藥福利。CalOptima Health OneCare 提供的福利和服務包含在我的 CalOptima Health OneCare “會員手冊” (承保證明) 文件 (也稱為會員合同或訂戶協議) 中。Medicare 和 CalOptima Health OneCare 都不會支付不承保的福利或服務。
- 據我所知，此投保申請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，我將被退出參加該計劃。
- 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投保；且
 2. 當 Medicare 要求時，可出示該授權文件。

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。

☐ 美國印地安人或阿拉斯加原住民

☐ 黑人或非裔美國人

☐ 白人

亞洲人：

☐ 夏威夷原住民或其他太平洋

☐ 我選擇不回答。

☐ 亞洲人 印度人

島民：

☐ 華人

☐ 關島人或查莫羅人

☐ 菲律賓人

☐ 夏威夷原住民

☐ 日本人

☐ 薩摩亞人

☐ 韓國人

☐ 其他太平洋島民

☐ 越南人

☐ 其他亞洲人

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。

☐ 盲文 ☐ 大字體 ☐ 音頻 CD ☐ 數據CD

如果您需要以上所列以外的無障礙格式的資訊，請聯絡 CalOptima Health OneCare，電話是 **1-877-412-2734** 我們的辦公時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。TTY 用戶可以致電 **711**。

您是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

請列出您的家庭醫生 (PCP)、診所，或健康中心

僅適用於幫助投保人填寫此表格的個人
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

隱私法聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 向 Medicare 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 Medicare 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。CMS 可使用、公開和交換 Medicare 受益人提供的投保資料，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。您對本表格的回答是出於自願的。不過，未能做出回答可能會影響投保該計劃。

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的組織。CalOptima Health OneCare 的投保取決於合約的續簽。CalOptima Health OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而歧視別人。請致電 CalOptima Health OneCare 客戶服務部門免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)，服務時間為 每週 7 天，每天 24 小時。瀏覽我們的網站 **www.caloptima.org/OneCare**。