

參保 MEDICARE ADVANTAGE PLAN (C 部分) 的個人註冊申請表

誰可以使用此表單？

已有 Medicare 並且想要加入 Medicare Advantage Plan 的人士

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或美國合法居民
- 居住在本計劃的服務區

重要：如要加入 Medicare Advantage Plan，您還必須同時擁有：

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

我什麼時候使用此表單？

您可以在何時加入計劃：

- 在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間（因為承保自 1 月 1 日開始）
- 在首次獲得 Medicare 後的 3 個月內
- 在一些情況下，您可以加入或轉換計劃

造訪 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 以詳細瞭解何時可以註冊計劃。

我需要哪些資料來完成此表單？

- 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：您必須完整填寫第 1 部分中的所有欄目。第 2 節中的欄目為可選填，即使您不填寫這些欄目，亦不會被拒絕承保。

根據 1995 年《書面作業簡化法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載明有效的 OMB 管制編號，否則任何人皆無需對資訊收集的申請作出回覆。本資訊收集的有效 OMB 管制編號為 0938-1378。完成本資訊的所需時間預估為每次回覆平均 20 分鐘，其中包括檢視說明、搜尋現有資料來源、收集所需資料以及完成並檢查資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見或對改善本文件有建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要說明

請勿將此表單或包含您個人資訊（如索賠、付款、醫療記錄等）的任何資料傳送至 PRA 報告清查辦公室 (PRA Reports Clearance Office)。我們得到的任何資訊，若與如何改進此表單或其收集任務（請見 OMB 0938-1378 中的概述）無關，那麼這些資訊將被銷毀。不會被保留、審查或轉寄至計劃中。請參閱本頁中「接下來怎麼做？」，將填妥的表單傳送至本計劃。

提醒：

- 如果您想在秋季開放註冊期間加入計劃（10 月 15 日至 12 月 7 日），您填妥的表單必須在 12 月 7 日之前送達本計劃。
- 您的計劃將向您寄送本計劃的保費帳單。您可以選擇是否同意從您的銀行帳戶或每月社會保障（或鐵路退休委員會）福利中扣除您的保費。

接下來怎麼做？

請將填妥並簽名的申請表寄至：

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

您的加入請求處理完成後，工作人員將與您聯絡。

如何獲取幫助來填寫此表單？

致電 1-833-592-3767 與 L.A. Care Health Plan 聯絡。（TTY 使用者請撥 711）。

或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者請撥 1-877-486-2048。

En español： Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 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.

無家可歸者

- 如果您想加入計劃但沒有永久居住地，那麼郵政信箱、避難所或診所地址，或您接收郵件（例如：社會安全支票）的地址可能會被視為您的永久居住地址。

第 1 節 – 此頁面上的所有欄位皆為必填 (除非標記為選填)

選擇您要加入的計劃：

 L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) - 每月 \$0

名字： 姓氏： [選填：中名縮寫]：

出生日期：(月/日/年) (/ /)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話號碼： ()	電話號碼類型： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 行動
-------------------------	--	--------------	--

永久住所街道地址 (不可填寫郵政信箱)：

城市：	[選填：縣]：	州：	郵遞區號
-----	---------	----	------

郵寄地址 (僅在與永久住所地址不同的情況下才需填寫，可填寫郵政信箱)：

街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
-------	-----	----	-------

您的 Medicare 資訊：

Medicare 卡號： - -

回答下列重要問題：

除了 L.A. Care Medicare Plus 之外，您是否還有其他處方藥保險 (如 VA、TRICARE)？

是 否

其他保險的名稱： 用於此保險的會員號碼： 用於此保險的團體號碼：

您是否已參保 Medi-Cal？

是 否

如回答「是」，請提供您的 Medi-Cal 號碼：

重要資訊：請閱讀並在下方簽名：

- 本人必須同時保留醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 部分，才能留在 L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)。
- 本人加入此 Medicare Advantage，即表示本人理解 L.A. Care Medicare Plus 將與 Medicare 共享我的資訊，他們可使用這些資訊來追蹤我的參保情況、進行付款以及用於授權收集此資訊的聯邦法律允許的其他目的 (參見下方的隱私法案聲明)。您可以自願回答此表單中的問題。但是，不回答問題可能會影響參保該計劃。
- 本人瞭解，一次只能參保一個 MA 計劃，參保此計劃將會自動退保本人的另一個 MA 計劃 (MA PFFS、MA MSA 計劃除外)。
- 本人明白，當本人的 L.A. Care Medicare Plus 開始承保時，本人的所有醫療和處方藥福利必須由 L.A. Care Medicare Plus 提供。將承保由 L.A. Care Medicare Plus 提供的福利和服務，以及包含在我的 L.A. Care Medicare Plus 「保險證明」文件 (亦稱為會員合約或訂閱協定) 中的福利和服務。無論 Medicare 還是 L.A. Care Medicare Plus，都不會支付未承保的福利或服務。
- 基於本人的最佳判斷，本參保申請表上的資訊皆正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表單中提供虛假資訊，本人將會遭到計劃退保。
- 本人瞭解，本人 (獲得合法授權代表本人行事的人士) 在本申請表上簽名，即表明本人已閱讀並瞭解本申請表的內容。如果是由授權代表 (如上所述) 簽名，本簽名即證明：
 - 1) 此人根據州法律獲得了授權，可以填寫此參保申請表，並且
 - 2) 可根據 Medicare 的要求提供該授權文件。

簽名：

今天日期：

如果您是獲得了授權的代表，請在上面簽名並填寫這些欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與參保者的關係：

第 2 節 – 此部分中的所有欄位均為選填

您可以選擇性地回答下列問題。即使您沒有回答下列問題，亦不會被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉美裔美國人，或西班牙血統嗎？請選擇所有適用項。

- 否，不是西班牙裔、拉美裔美國人或西班牙血統 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、
 是，波多黎各人 奇卡諾裔美國人
 是，其他西班牙裔，拉美裔美國人，或西班牙血統 是，古巴人
 我選擇不回答。

您的種族是什麼？請選擇所有適用項。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 黑人或非裔美國人
亞裔：
 亞裔印度人 夏威夷原住民及太平洋島民：
 中國人 瓜馬尼亞人或查莫羅人
 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 白人
 其他亞裔 我選擇不回答。

若您慣用的口頭語言不是英語，請從下面選擇。

- 西班牙語 普通話 粵語 韓語 亞美尼亞語 俄語 阿拉伯語
 他加祿語 越南語 波斯語 高棉語/柬埔寨語

若您希望我們使用另一種語言（不是英語）來傳送資訊，請選擇您偏好的語言。

- 西班牙語 中文 韓語 亞美尼亞語 俄語 阿拉伯語 他加祿語
 越南語 波斯語 高棉語/柬埔寨語

若您希望我們使用無障礙格式的資訊，請從下面選擇。

- 大字版 語音 CD 資料 CD 盲文版

若您需要以無障礙格式向您傳送資訊，但上方並未列出這些格式，請致電 1-833-522-3767 與 L.A. Care Medicare Plus 聯絡。我們每週 7 天，每天 24 小時提供服務，包含假日。TTY 使用者請致電 711。

您是否有在工作？ 是 否

您的配偶是否有在工作？ 是 否

列出您的基本保健醫生 (PCP)：

PCP 電話號碼：()

PCP 地址：

L.A. Care 醫療服務提供者識別號碼（見醫療服務提供者名錄）：

醫療團體 / 獨立執業醫師協會：

您目前是
此醫生的患者嗎？
 是 否

備用電話號碼：()

電話號碼類型： 住宅 行動

核選此方框，即表明您同意允許 L.A. Care 與您聯絡和溝通，包括使用電話和文本簡訊。
要變更此項同意，您可隨時與 L.A. Care 聯絡。

電子郵件地址：

核選此方框，即表明您同意允許 L.A. Care 透過電子郵件與您聯絡和溝通。
您將繼續透過郵件接收重要的計劃資訊。要變更此項同意，您可隨時與 L.A. Care Medicare Plus 聯絡，電話：1-833-522-3767 TTY 711。

緊急聯絡人全名：	緊急聯絡人電話號碼： ()
緊急聯絡人電子郵件：	與受益人的關係：

隱私法案聲明

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃受益人的參保情況，改善護理品質，以及支付 Medicare 各項福利。《社會安全法案》第 1851 節以及《聯邦法規彙編》(CFR) 第 42 篇第 422.50 和 422.60 節授權收集此資訊。CMS 可以使用、披露和交換記錄系統通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」 (系統編號 09-70-0588) 中規定的 Medicare 受益人的參保資料。您可以自願回答此表單中的問題。但是，不回答問題可能會影響參保該計劃。

代理人協助資訊	
代理人姓名：	代理人執照號碼：
代理人電話號碼：	代理人電子郵件地址：
代理人受理日期：	代理人建議的生效日期：