

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。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 不，不是西語裔、拉丁裔或西班牙裔 | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各裔 | <input type="checkbox"/> 是，古巴裔 |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西語裔、拉丁裔或西班牙裔 | |
| <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 | |

您的種族是甚麼？選擇全部適用的答案。

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 美國印地安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 白人 |
| 亞洲人： | 夏威夷原住民或其他太平洋島民： | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |
| <input type="checkbox"/> 亞洲人 印度人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 | |
| <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 | |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 | |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 | |
| <input type="checkbox"/> 韓國人 | | |
| <input type="checkbox"/> 越南人 | | |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲人 | | |

