

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

### 誰可以使用此表單？

有 Medicare 的人，他們想加入 Medicare Advantage Plan

### 要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或美國合法居民
- 住在計劃的服務區

**重要：**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）

### 我什麼時候可以使用此表單？

您可以加入計劃：

- 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
- 在某些情況下，您可以加入或切換計劃

造訪 Medicare.gov 以瞭解更多有關何時可以註冊計劃。

### 我需要什麼才能完成此表格？

- 您的 Medicare 號碼（您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址和電話號碼

**注意：**您必須填寫第 1 節中的所有欄目。第 2 節中的欄目是可選填的，您不會因為不填寫而被拒絕承保。

### 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），計劃必須在 12 月 7 日之前收得您填寫的表格。
- 您的計劃將向您寄送計劃保費帳單。您可以選擇註冊以自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。

### 接下來的流程為何？

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

他們處理您的加入請求後，將會與您聯繫。

### 如何獲取有關此表單的說明？

請撥打 1-833-592-3767 致電 L.A. Care Health Plan。TTY 使用者請致電 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 8 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，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地址。

根據 1995 年《書面作業簡化法》(Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載有有效的 OMB 管制編號，否則任何人皆無需對資訊蒐集的申請作出回覆。本資訊蒐集的有效 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、蒐集所需資料以及完成並檢查資訊蒐集的時間。如果您對上述預估時間的準確性有任何意見或是您有改善此表格的建議，請寫信至 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

#### 重要說明

請勿寄送此表格或任何包含您個人資訊的專案（如索賠、付款、醫療記錄等）給 PRA 結果報告辦公室。我們得到的任何與如何改善這個表格或其蒐集的資訊（在 OMB 0938-1378 中有所概述）無關的品項將被銷毀。它不會被保留、審查或轉發到計劃中。請參閱此頁面上的「接下來的流程為何？」，將填妥的表格寄送給計劃。

**第 1 節 – 此頁面上的所有欄位均為必填欄位（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

姓： 名： [選填：中名縮寫]：

出生日期：（月／日／年） 性別： 電話號碼： 電話號碼類型：  
（ / / ） [ ]男 [ ]女 （ ） [ ]家庭 [ ]手機

永久住所街道地址\*（不得填寫郵政信箱）：

城市： [選填：縣]： 州： 郵遞區號：

通訊地址（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 保險）？

 是  否

其他保險名稱： 此保險的會員編號： 此保險的團體編號：

您是否參保了 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)。
- 加入此 Medicare Advantage 即表示本人瞭解，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格的問題。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）。
- 本人瞭解，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均必須由 L.A. Care Medicare Plus 提供。L.A. Care Medicare Plus 提供的各項福利和服務以及 L.A. Care Medicare Plus 「承保內容證明」文件（也稱為會員合約或投保人協議）中包含的福利和服務均將獲得承保。Medicare 和 L.A. Care Medicare Plus 都不會支付未承保的福利或服務。
- 就本人所知，本參保申請表上的資訊均正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格中提供不實資訊，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代表本人已閱讀並瞭解本申請表的內容。如果由授權代表（如前述）簽名，則此簽名茲保證：
  - 1) 此人依照州法律授權填寫本投保表，並且
  - 2) 經 Medicare 請求時，提供該授權文件。

簽名：

今天日期：

如果您是授權代表，請在上面簽名並填寫以下欄位：

姓名：

地址：

電話號碼：

與參保者的關係：

## 第 2 節 – 本部分的所有欄位均為選填

您可以選擇性地回答下列問題。我們不會因為您沒有回答下列問題而拒絕對您承保。

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。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統  | <input type="checkbox"/> 是的，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是的，波多黎各人            | <input type="checkbox"/> 是的，古巴人               |
| <input type="checkbox"/> 是的，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統 |   |
| <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。             |   |

您的種族是什麼？請選擇所有適用項。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民<br>亞裔： | <input type="checkbox"/> 黑種或非裔美國人<br>夏威夷原住民及太平洋島民： |
| <input type="checkbox"/> 亞洲印度人                 | <input type="checkbox"/> 關島或查莫羅人                   |
| <input type="checkbox"/> 中國人                   | <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"/> 白種人                       |
| <input type="checkbox"/> 越南人                   | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答                    |
| <input type="checkbox"/> 其他亞裔                  |  |

您的性別是什麼？請選擇一項。

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女性    | <input type="checkbox"/> 我使用不同的名稱：_____ |
| <input type="checkbox"/> 男性    | _____                                   |
| <input type="checkbox"/> 非二元性別 | <input type="checkbox"/> 拒絕作答。          |

下列哪一項最能代表您自己的性向？請選擇一項

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀者或男同性戀者           | <input type="checkbox"/> 我使用不同的名稱：_____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀者，即不是男同性戀者也不是女同性戀者 | _____                                   |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀者                  | <input type="checkbox"/> 我不知道           |
|  | <input type="checkbox"/> 拒絕作答。          |

請選擇您的口頭語言偏好（如果不是英語）。

- 西班牙文  普通話  粵語  韓語  亞美尼亞文  俄文  阿拉伯文  
 塔加洛語  越南語  波斯語  高棉語/柬埔寨文

如果您希望我們以英語以外的語言發送資訊，請選擇一種語言。

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

如果您希望我們以無障礙格式向您發送資訊，請選擇一種格式。

- 大字版  語音 CD  資料 CD  盲文版

如果您需要上列以外之其他無障礙格式的資訊，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（包含假日）均提供服務。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 ID 號<br>(列在醫療服務提供者名錄中)：   | 醫療團體 / 獨立執業醫師協會：   | 您目前是此 醫生的病人嗎？<br>[ ]是 [ ]否 |
| 您的次要電話號碼：( )  | 電話號碼類型：[ ]家庭 [ ]手機 |                            |
| [ ] 勾選此複選框即表示您同意允許 L.A. Care 與您聯絡和溝通，包括透過 電話或簡訊形式。您可隨時與 L.A. Care 聯絡以變更此項同意。  |                    |                            |
| 電子郵件地址：   |                    |                            |
| [ ] 勾選此複選框即表示您同意允許 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計劃資訊。您可隨時致電 1-833-522-3767，與 L.A. Care Medicare Plus 聯絡以變更此項同意，TTY 使用者請致電 711。 |                    |                            |

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

| 僅有協助參保者填寫此表格的人士才需填寫  |                       |
|--|-----------------------|
| 如果您是協助參保者填寫本表格的人士（即代理人、經紀人、州政府醫療保險協助計劃 [State Health Insurance Assistance Program, SHIP] 諮詢人員、家人或其他當事方），請填寫本部分 |                       |
| 姓名：  | 與參保者的關係：              |
| 簽名：  | 全國保險業務員編號（僅限代理人／經紀人）： |
| 電話號碼：  | 電子郵件地址：               |
| 受理日期：  | 建議生效日期：               |

#### 隱私法案聲明

聯邦醫療保險及醫療輔助服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃的受益人參保情況，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格的問題。但是，不回答問題可能會影響參保該計劃。