



Medicare Advantage Plan (C部分) 个人参保申请表

谁可以使用此表格？

想要加入Medicare Advantage Plan的Medicare入保者，均可使用此表格。

要加入计划，您必须：

- 是美国公民或美国合法居民
- 居住在该计划的服务区域内

重要提示：加入Medicare Advantage Plan还必须同时入保：

- Medicare A部分（住院保险）
- Medicare B部分（医疗保险）

何时应使用此表格？

您可以在以下时间段加入计划：

- 每年10月15日至12月7日（承保从次年1月1日生效）
- 在您首次入保Medicare后的3个月内
- 在某些特殊情况下，您可以申请加入或更换计划

请访问[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)查询更多关于计划的参保时间。

我需要准备哪些资料填写此表格？

- 您的Medicare编号（红、白、蓝Medicare卡上的号码）
- 您的常住地址和联系电话

注意：您必须完整填写第1部分的所有项目。第2部分为自愿填写内容——未填写不会影响您的参保。

温馨提示：

- 如您想要在秋季开放参保期限内（10月15日至12月7日）加入计划，您必须在12月7日前向该计划提交填妥的表格。
- 您将收到该计划寄送的保费账单。您可以选择从您的银行账户或每月社会保障金或铁路退休委员会 (Railroad Retirement Board) 福利中直接扣缴保费。

下一步是什么？

请将完整填写并签署的表格寄送至：

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

在处理了您的参保申请后，该计划会与您联系。

我如何获得填写此表格的帮助？

请致电<1-833-592-3767>与< L.A. Care Health Plan >联系。TTY用户请致电< 711 >。

或者，请致电1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 与Medicare联系。TTY用户请致电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.

无家可归人士

- 如您希望加入计划，但没有固定住所，可以使用邮政信箱、收容所或诊所的地址，或您接收邮件（如社会保障金支票）的地址，作为您的常住地址。

根据1995年《文书工作减少法》(Paperwork Reduction Act, PRA) 的声明，除非表格上标注有效的OMB控制编号，否则任何人无须提供相关信息。本次信息收集的有效OMB控制编号为0938-1378。完成这些信息所需的时间预计每个回复平均需约20分钟，其中包括阅读说明的时间、查找现有数据资源、收集所需数据，以及填写并复核信息收集。如果您对上述时间估算的准确性有意见，或对改进此表格提出建议，请寄信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要提示

请勿将此表格或任何包含您个人信息的资料（如理赔记录、付款信息、病历等）寄送至PRA报告审核办公室 (PRA Reports Clearance Office)。凡寄送至该办公室，但与改进表格或减轻填写负担（依据OMB 0938-1378）无关的资料，均会被销毁。我们不会对资料进行保存、审核或转交给该计划。请参阅本页的“下一步是什么”部分，将完整填写的表格应寄送给该计划。

第1部分 – 本页所有栏目均须填写（除非标注为选填）

请选择您要加入的计划：

☐ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – 每月保费为<\$0>

名字： 姓氏： [选填：中间名首字母缩写]：

出生日期：（月份/日期/年份） 性别： ☐ 男 ☐ 女 电话： 电话类型：
(/ /) ☐ 家庭电话 ☐ 手机

常住街道地址（不得使用邮政信箱。注意：如果您是无家可归人士，可将邮政信箱视为您的常住地址）：

城市： [选填：县]： 州： 邮政编码：

邮寄地址，如与常住地址不同（可填写邮政信箱）：

街道地址： 城市： 州： 邮政编码：

您的Medicare信息：

Medicare编号： - -

回答以下的重要问题：

除<L.A. Care Medicare Plus>外，
您是否还享有其他处方药承保（如VA、TRICARE等）？ ☐ 是 ☐ 否

承保名称： 承保会员编号： 承保团体编号：

您是否已入保Medi-Cal？

☐ 是 ☐ 否

如选择“是”，请填写您的Medi-Cal编号：

重要提示：请阅读并在下方签名：

- 本人必须同时持有住院保险（A部分）和医疗保险（B部分），才能继续参保< L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)>。
- 通过参保Medicare Advantage，本人确认< L.A. Care Medicare Plus >将把本人信息提供给Medicare。Medicare可依法使用这些信息，用于追踪本人的参保情况、支付费用，以及其他联邦法律所允许的用途（详见下方《隐私法声明》）。本人自愿填写此表格。但如未填写，可能会影响参保该计划。
- 本人理解，在同一时间内，本人只能参保一个Medicare Advantage (MA) 计划 – 参保此计划后，本人在其他MA计划中的参保将自动终止（MA私人按次付费 (Private Fee-for-Service, PFFS) 与MA医疗储蓄账户 (Medical Savings Account, MSA) 计划除外）。
- 本人理解，当本人的< L.A. Care Medicare Plus >承保开始生效时，本人必须通过< L.A. Care Medicare Plus >获得所有医疗和处方药福利。由< L.A. Care Medicare Plus >提供以及包含在本人< L.A. Care Medicare Plus >《保障说明》（亦称会员合同或参保同意书）文件中的福利和服务将予以承保。任何未包含在其中的福利或服务，Medicare 和< L.A. Care Medicare Plus >均不予以承保。
- 据本人所知，本参保申请表所填写的信息均准确无误。本人理解，如故意提供虚假信息，本人将被取消该计划的参保。
- 本人理解，在本申请上签名（或由依法授权的代理人代为签名）即表示本人已阅读并理解本申请内容。如由授权代表签署（如上所述），该签名同时证明：
 - 1) 此人已根据州法律被授权代本人办理参保，以及
 - 2) 此授权的文件可根据Medicare要求提供。

签名：

当日日期：

如由授权代表签署，请填写以下信息：	
姓名：	地址：
电话：	与申请人的关系：

第2部分 – 本部分所有栏目均可选填

您可自行选择回答这些问题。即使不填写，也不会导致您的参保被拒绝。

如果您希望我们以英语以外的语言向您提供信息，请选择以下一项。

☐ 西班牙语 ☐ 中文 ☐ 韩语 ☐ 亚美尼亚语 ☐ 俄语 ☐ 阿拉伯语
☐ 他加禄语 ☐ 越南语 ☐ 波斯语 ☐ 高棉语 / 柬埔寨语

如需以无障碍格式接收信息，请选择以下一项。

☐ 大字版 ☐ 音频光盘 ☐ 数据光盘 ☐ 盲文版

如需以上未列出的无障碍格式信息，请致电<1-833-522-3767>与< L.A. Care Medicare Plus >联系。我们的服务时间为每周7天，每天24小时（包括假日）。TTY用户请致电<711 number.>

您是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

您的配偶是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

列出您的基本保健医生 (Primary Care Physician, PCP) :

PCP电话:

()

PCP地址:

L.A. Care服务提供者ID编号:
(见服务提供者名录):

医疗团体 / 独立医师协会
(Independent Practice Association,
IPA):

您目前是否为该医生的患者?

☐ 是 ☐ 否

您的次要电话:

电话类型: ☐ 家庭电话 ☐ 手机

电子邮件地址:

☐ 勾选此框，即表示本人同意 L.A. Care 通过电话、短信或电子邮件与本人联系。您仍将继续收到通过邮寄方式寄送的重要计划信息。您可以随时致电<1-833-522-3767 TTY 711>与 L.A. Care Medicare Plus 联系，撤销此许可。

紧急联系人姓名:

紧急联系人电话:

()

紧急联系人邮箱:

与受益人的关系:

仅供协助申请人填写此表格的人士使用	
如果您是协助申请人填写此表格的人士（例如：代理人、经纪人、SHIP 咨询员、家庭成员或其他人员），请完整填写这一部分：	
姓名：	与申请人的关系：
签名：	全国执业者编号 （仅限代理人 / 经纪人填写）：
电话：	电子邮件地址：
收件日期：	拟生效日期：

《隐私法声明》

联邦医疗保险及医疗补助服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 会收集计划Medicare所提供的信息，用于追踪受益人参保Medicare Advantage (MA) Plan的情况、改善护理服务，以及支付Medicare福利。《社会保障法》(Social Security Act) 第1851条及《美国联邦法规》(Code of Federal Regulations, CFR) 第42卷第422.50和第422.60条规定，授权收集此类信息。根据记录系统公告 (System of Records Notice, SORN) M》(icare Advantage 处方药计划 (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)，系统编号09-70-0588，CMS可依法使用、披露及交换Medicare受益人的参保资料。本人自愿填写此表格。但如未填写，可能会影响参保该计划。