

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

誰可以使用此表格？

擁有Medicare並想參加 Medicare Advantage 計畫的人

如欲加入計劃，您必須：

- 是美國公民或合法居住在美國
- 住在計劃服務地區內

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)

我何時該使用此表格？

您可以加入計劃的時間：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間 (從 1 月 1 日開始的承保)
- 首次獲得Medicare 後的 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此表格？

- 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，不會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參保期間 (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？

請將您填妥並簽名的表格寄至：

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

一旦他們開始處理您的加入請求，他們就會與您聯繫。

我如何取得協助填寫此表格？

請撥打 **1-877-412-2734** 聯絡 CalOptima Health OneCare Complete。TTY 使用者可以致電 **711**。

或者，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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 (如社會安全金支票) 的地址可被視為您的永久居住地址。

根據 1995 年 Paperwork Reduction Act (減少文書工作法案)，任何人都無需對資訊收集作出回應，除非資訊顯示有效的 OMB 控制編號。本資訊收集的 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) 寄給文書作業減量 (PRA) 報告審批辦公室。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「接下來會發生什麼？」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 (除非標明非必填)

選擇您想要參加的計劃：

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

名字： 姓氏： [非必填：中間名頭個字母]：

出生日期：(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。 **請注意：**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：

[非必填：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資訊：

Medicare號碼： _ _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _

請回答這些重要問題：

除 CalOptima Health OneCare Complete 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： 該保險的會員號碼： 該保險的組別號碼：

您是否有加入您所在州的 Medicare (Medi-Cal) 計劃？ ☐ 是 ☐ 否
如果填寫“是”，請提供您的 Medicaid 9 位數號碼 (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 Complete。
- 透過加入此 Medicare Advantage 計劃，我確認 CalOptima Health OneCare Complete 將與 Medicare 分享我的資訊，後者可以用這些資訊來追蹤我的參保情況，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自願性的。不過，未能做出回答可能會影響參加此計劃。
- 本人瞭解我一次只能參加一個 MA 計劃，參加該計畫將自動終止我在另一個 MA 計劃的參加資格 (適用於 MA PFFS、MA MSA 計劃的除外)。
- 本人瞭解，本人 CalOptima Health OneCare Complete 的承保開始後就必須從 CalOptima Health OneCare Complete 取得本人所有的醫療和處方藥福利。CalOptima Health OneCare Complete 提供的福利和服務包含在我的 CalOptima Health OneCare Complete “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 Complete 都不會支付不承保的福利或服務。
- 據我所知，此入會申請表格上的信息是正確的。本人瞭解，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了解本申請表的內容。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入會申請；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：()

與參保人的關係：

第 2 節 – 本頁所有欄位均為自選填寫

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。

如果您希望我們以英文以外的語言向您發送訊息，請選擇一種。

☐ 西班牙文 ☐ 越南文 ☐ 波斯文 ☐ 阿拉伯文 ☐ 中文 ☐ 韓文 ☐ 俄文

如果您希望我們以無障礙的格式向您發送訊息，請選擇一個。

☐ 盲文 ☐ 大字體 ☐ 音頻 CD ☐ 數據 CD

如果您需要除上述格式以外的其他無障礙格式的資訊，請撥打 **1-877-412-2734** 聯繫 CalOptima Health OneCare Complete。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

你的配偶有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否

請列出您的家庭醫生 (Primary Care Physician, PCP)、診所，或醫療中心：

僅適用於幫助參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

The Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare 和 Medicaid 服務中心, CMS) 收集 Medicare 計畫信息, 用於追蹤受益人加入 Medicare Advantage (MA) 計畫的情況、改善醫療服務以及支付 Medicare 福利。《社會安全法》第 1851 條以及《聯邦法規》第 42 卷第 422.50 和 422.60 條授權收集此類資訊。CMS 可能會根據記錄系統通知 (SORN)「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 的規定, 使用、揭露和交換 Medicare 受益人的受保資料。您對本表格的回答是自願性的。不過, 未能做出回答可能會影響參加此計畫。

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, 是一個有 Medicare 和 Medi-Cal 合約的 Medicare Advantage 的機構。參保 CalOptima Health OneCare 取決於合約續簽的情況。如果您有任何疑問, 請於每週7天, 上午8點至晚上8點 (10月1日至3月31日), 以及週一至週五, 上午8點至晚上8點 (4月1日至9月30日), 撥打免付費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 聯絡 CalOptima Health OneCare 客戶服務部。請瀏覽我們的網站 **www.caloptima.org/OneCare**。