



## 計劃申請前檢查清單

在做出註冊決定前，充分了解我們的福利和規則是非常重要的。如有任何疑問，請致電 1-866-314-2427(TTY：711)與客戶服務代表聯絡，服務時間：太平洋時間每日上午 8 點至晚上 8 點。

### 了解福利

- 承保證明 (EOC) 提供了完整的福利和服務，在您申請加入計劃前，仔細閱讀相關的保障，費用及福利是非常重要的。如欲查閱 EOC 副本，請造訪 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com)，或致電 1-866-314-2427 (TTY：711)。
- 請瀏覽提供者目錄(或諮詢您的醫生)，確保您現在看診的醫生有包含在網路中。如未列出，則您可能須另選一位新醫生。
- 請查看藥房目錄，以確保您用於抓處方藥的藥房在網路內。如果藥房不在目錄中，您可能需要選擇新藥房來抓處方藥。
- 查看處方集以確保您的藥物受承保。

### 了解重要規則

- 除每月計畫保費外，您還須繼續為您的 Medicare Part B 支付保費。此保費一般會是每月從您的社會安全支票中扣除。如您參加 Central Health Focus Plan (HMO SNP) 或 Central Health Savings Plan (HMO)，則有資格減少 Part B 的保費。
- 福利、保費和/或共付額/共同保險可能會在 2024 年 1 月 1 日發生變化。除急診或緊急情況外，我們將無法承保網路外的醫療服務(即不在醫生名錄內的醫生)
- 如您參加 Central Health Focus Plan (HMO C-SNP)，請注意該計畫是一項慢性病特殊需求計畫 (C-SNP)。您是否可註冊，將取決於您是否患有符合條件的特定嚴重或失能性慢性病。
- 如您參加 Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP)，請注意該計畫是一項雙重需求計畫 (D-SNP)。您是否可註冊，將取決於您是否同時具有 Medicare 和州醫療補助計畫 Medicaid。
- 會影響現有保障。您現有的醫療保障在您新的聯邦醫療保險開始的時候將會結束。例如您的 Tricare 或者其他的聯邦醫療保險計劃，在新的保障開始後，您將不會收到舊計劃的資訊。



## 聯邦醫療保險優惠計劃(C部分)個人申請表

### 誰可以使用該表格？

目前持有聯邦醫療保險且希望加入聯邦醫療保險優惠計劃的人士。

### 加入本計劃的條件：

- 您必須是美國公民，或合法居住在美國。
- 住在對應計劃的服務區內。

**重要：**您還需要具備以下條件，方能加入一個聯邦醫療保險優惠計劃：

- 聯邦醫療保險A部分(住院保險)
- 聯邦醫療保險B部分(醫療保險)

### 我將於什麼時候使用該表格？

您可以在下列時間段內參加一個計劃：

- 每年的10月15日至12月7日之間（保險計劃將於次年1月1日生效）。
- 醫療保險剛生效的三個月內。
- 符合某些特定情況，您可以轉換或參加一個新的計劃。

請瀏覽[Medicare.gov](http://Medicare.gov)瞭解更多的資訊。

### 完成該表格需要的資料？

- 您的聯邦醫療保險卡號(在您的紅藍白色的聯邦醫療保險卡上)。
- 您的固定地址及電話號碼。

**請注意：**您需要完整填寫第一部分的內容。第二部分的内容為選填 - 即使沒有完整填寫第二部分的内容，也不會被拒絕參加本計劃。

### 溫馨提醒：

- 如果您希望在年度轉換期（10月15日 - 12月7日）加入一個計劃，您需要在12月7日前完成申請表。

- 您的計劃會為您寄送月費的對賬單。您可以選擇銀行自動扣取月費，或通過您的社保金(鐵路退休局福利)中扣取。

### 完成該表后，如何繼續？

請將已簽名并填寫完畢的表格郵寄至：

Central Health Medicare Plan

PO Box 14248

Orange, CA 92863

或傳真：Enrollment Department

Fax: 626-388-2371

我們的申請部門在處理完您的表格后，會與您取得聯繫。

### 如您需要協助填寫該表格？

請致電中心健保1-866-314-2427，TTY：711。

或者聯係聯邦醫療保險

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)，

TTY:1-877-486-2048。

En español:

Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 無家可歸人士：

- 如果您需要加入本計劃，但是沒有固定地址，那麼您可以提供一個能正常收取郵件的地址，如郵局郵箱，庇護所的地址，或者醫師診所的地址（例如您收取社安金福利支票的地址），該地址可用作您的固定地址。

根據Paperwork Reduction Act of 1995，除非在對確認的OMB控制號碼產生延誤的情況下，沒有人需要對本文件做出回應。該文件確認的OMB控制號碼0938-1378。完成該文件的平均耗時約為20分鐘每人，該耗時包括閱讀指引，搜尋相關資訊，獲取所需資料及完成並檢閱該文件。如果您有任何對於該預計時間的建議，可以致信CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### 重要

在寄出您的建議至PRA Reports Clearance 辦公室時，請勿附帶任何有關您個人信息的資料(例如保險理賠，付款記錄，醫療記錄等等)。任何無關如何改善此表格的文件 (OMB號碼0938-1378) 將會被銷毀。這些信息不會被保留，不會檢閱，也不會轉寄至對應計劃。如需要更多關於如何完成該申請表及寄給所在計劃的幫助，請參閱“下一步應該怎麼做”。



第 1 部分 - 以下所有項目均為必須填寫 (除非標記為可選擇性填寫)

選擇您要加入的計劃:

- 中心健保聯邦紅藍卡計劃(HMO) 001 (LA/SB/RS/OC) \$0月費
- 中心健保安美計劃(HMO C-SNP) 006 (FR/SC/AL/CC/SJ/LA/SB/OC) \$0月費
- 中心健保悅享計劃(HMO) 019 (LA/SB/RS/OC) \$0月費
- 中心健保特選計劃I(HMO) 020-1 (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) \$0月費
- 中心健保特選計劃I(HMO) 020-2 (SB/RS/OC) \$41月費
- 中心健保特選計劃II(HMO) 021-1 (SB/RS/OC) \$0月費
- 中心健保特選計劃II(HMO) 021-2 (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) \$41月費
- 中心健保文圖拉紅藍卡計劃(HMO) 008 (VC) \$0月費
- 中心健保文圖拉紅藍白卡計劃(HMO D-SNP) 009 (VC) \$41月費
- 中心健保聖馬特奧計劃(HMO) 018 (SM) \$0月費

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中間名簡寫: \_\_\_\_\_

出生日期: (月/日/年份) \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 住家電話號碼: \_\_\_\_\_ 手機號碼: \_\_\_\_\_  
 男性  女性 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

永久住址: (請勿使用郵政信箱P.O.Box)

城市: \_\_\_\_\_ 縣: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

郵寄地址, 如與永久住址不同時才需填寫(可使用郵政信箱P.O.Box)  
 街道地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

您的聯邦醫療保險資料

聯邦紅藍卡號碼: \_\_\_\_\_

回答這些重要問題:

除中心健保聯邦醫療健保計劃外您還有其他處方藥保險會保 (例如, 退伍軍人保險TRICARE或 VA)?

保險計劃名稱: \_\_\_\_\_ 會員ID號碼: \_\_\_\_\_ 團體編號(Group #): \_\_\_\_\_  
 是  否

您目前有州政府低收入健保補助(Medicaid, 加州白卡)嗎?  
 若您回答「是」, 請提供以下資訊:  是  否  
 白卡的號碼: \_\_\_\_\_ 白卡所標註的生日: \_\_\_\_\_

請問您是否患有心血管疾病, 慢性心力衰竭(CHF)及/或糖尿病?  是  否

**第 1 部分 - 此所項目均為必須填寫 (除非標記為可選擇性填寫)**

**重要信息：請在下面閱讀並簽名：**

- 我必須同時擁有聯邦醫療保險A部分和B部分，才能參加中心健保聯邦醫療保險。
- 加入此聯邦健保優惠計劃我同意中心健保聯邦醫療保險公司將我的個人信息提供給聯邦醫療保險，依此可以使用查詢我的申請表格，付款，以及聯邦法律允許的其他目的。(請參閱下面的《隱私法聲明》)。
- 本人知悉每次儘可以加入一個聯邦醫療保險計劃 - 同時，加入本計劃后，將會退出其他的聯邦醫療保險優惠計劃。(MA PFFS 及MA MSA計劃除外)
- 我明白當我的中心健保聯邦醫療保險計劃開始承保時，我必須從中心健保聯邦醫療保險計劃中獲得所有的醫療和處方藥福利。中心健保提供的福利和服務包含在我的中心健保醫療保險“福利說明書”(也稱為成員合同或訂戶協議)。中心健保和聯邦政府都不會支付未承保的福利或服務。
- 此申請表格資料據我所知是準確的，我明白如果我故意在此表格上提供虛假資料我將被退出該計劃。
- 我了解並明白我在本申請書上的簽名(或經法定授權人的簽名)意味著我已閱讀並理解本申請書的內容。如果由授權代表簽字(如上所述)，則此簽字證明: 1) 此人已根據州法律授權完成此註冊，並且 2)該權限的文件是據聯邦政府的要求提供的

**簽名處:**

**今天日期:**

**如果您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下項目:**

**姓名:**

**地址:**

**電話:**

**與申請人之關係:**

**第 2 部分 - 此所項目均為可選擇性填寫**

**您有權選擇回答這些問題。您不會因為沒有填寫而被拒保。**

請問您是西班牙裔，拉丁裔，西班牙人嗎？請選擇下列符合的選項。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 不是，不是西班牙裔，拉丁裔，西班牙人  | <input type="checkbox"/> 是的，美國墨西哥裔或奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是的，波多黎哥裔            | <input type="checkbox"/> 是的，古巴裔         |
| <input type="checkbox"/> 是的，其他的西班牙裔，拉丁裔或西班牙人 | <input type="checkbox"/> <b>我選擇不回答。</b> |

您屬於哪一族裔，可多選。

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人       |
| <b>亞裔:</b>                            | <b>夏威夷原住民和太平洋島民:</b>                    |
| <input type="checkbox"/> 亞洲印度裔        | <input type="checkbox"/> 關島或查莫羅         |
| <input type="checkbox"/> 中國裔          | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民         |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓裔         | <input type="checkbox"/> 薩摩亞裔           |
| <input type="checkbox"/> 日本裔          | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島國住民      |
| <input type="checkbox"/> 韓國裔          | <input type="checkbox"/> 白人             |
| <input type="checkbox"/> 越南裔          | <input type="checkbox"/> <b>我選擇不回答。</b> |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲區域       |   |

**第 2 部分 - 此所項目均為可選擇性填寫**

你首選溝通語言是什麼? \_\_\_\_\_

如果您希望我們用英語以外的其他語言向您發送信息,請選擇一項。

 西班牙文  中文  越南文  韓文

如果您希望我們以可合宜的格式向您發送信息,請選擇一項。

 點字  大字體  語音 CD

如欲了解以上所列以外的形式或語言版本的更多詳情,請致電中心健保聯邦醫療保險公司 1-866-314-2427 服務時間每週7天,每天早上8點至晚上8點。(TTY 711)。

您工作嗎?  是  否您的配偶工作嗎?  是  否**請選擇您的家庭醫師(PCP)及醫療網:**

家庭醫師名字:

醫療網(請寫全名):

家庭醫師編碼:

 現有的病人**請選擇您的牙科醫師,請由Delta Dental USA網絡選取:**

牙科醫師名字:

牙醫診所編號:

城市:

**支付計劃月費**

您可以每月通過郵件支付月度計劃保費(包括您目前擁有或可能欠的任何後期註冊罰款)。您還可以選擇每月自動從社會安全或鐵路退休局(RRB)福利中提取保險費來支付。

如果您有D部分收入相關的月度調整金額(D-IRMAA部分),則除了計劃保費外,還必須支付這筆額外金額。該金額通常從您的社會保障福利中扣取,或者您可能從聯邦醫療保險(或RRB)獲得賬單。不要向中心健保支付D-IRMAA的金額部分

若您未選擇付款方式,則每個月會自動寄送帳單。

請選擇一項付款方式:

 每月自動寄送帳單 從您每月的社會福利或鐵路退休局福利支票裡自動扣款。 社會安全局  鐵路退休局**隱私法聲明**

聯邦醫療保險與醫療補助服務中心(CMS)從聯邦政府計劃中收集信息以追蹤Medicare Advantage(MA)計劃中的受益人加入的情況,改善護理,以及支付醫療保險福利。社會保障法第1851和1860D-1條以及美國聯邦法規第42章§§422.50和422.60節授權收集此信息。聯邦政府可以按照記錄系統公告(SORN)“Medicare Advantage處方藥(MARx)”中的規定使用,披露和交換醫療保險受益人的註冊數據,系統編號09-70-0588。您對此表格的回復是自願性的。但是,如果沒有回應,則可能會影響該計劃的註冊。

### 申請時段會員資格確認表

通常情況下，您只可以在每年的10月15日到12月7日的轉換期加入邦醫醫療保險優惠計劃。但是有時會有例外，讓您在非轉換期破例加入。

請詳讀並選擇下列其中一項適用於您的聲明並於適用之方格內請勾選方框。根據您的了解，您在此同意，您所選擇的聲明是盡您所知而回答所有的問題，確認您符合轉換資格。如果我們之後確定您的回答有誤，您的申請資格有可能被取消。

- 我是新加入聯邦醫療保險。
- 我參加了聯邦醫療保險優惠計劃同時我想在聯邦醫療保險公開投保期(MA OEP) 對我的計劃做出更改。
- 我最近搬離目前計劃的服務區或剛搬入此區域。我是計劃的新會員。我的搬遷日期是 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我最近從監獄被釋放。我是在這個日期被釋放的(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我目前剛從美國境外正式搬遷回美國定居。回美日期為 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我的聯邦醫療補助計劃最近發生了變更(例如剛剛獲得了聯邦醫療補助，聯邦醫療補助的等級發生了改變或者失去了聯邦醫療補助)(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我的聯邦醫療補助計劃最近發生了變更(例如剛剛獲得了聯邦醫療補助，聯邦醫療補助的等級發生了改變或者失去了聯邦醫療補助)(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我的聯邦醫療保險處方藥物額外補助福利最近有所變更(例如剛剛獲得了額外補助，額外補助的等級發生了變化或者失去了額外補助)(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我目前有聯邦醫療保險和州政府醫療補助(或我的聯邦醫療保險的保費是由州政府醫療補助支付)。或者我有聯邦醫療保險處方藥額外補助福利，但是我沒有任何更改。
- 我目前搬入/住在/搬離長期療養中心(例如專業護理院，療養院)。我將搬入/入住/搬離得日期為 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我目前終止了PACE計劃，日期為 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我目前因故被迫取消藥品福利計劃(與聯邦醫療保險提供的保障類似)。被取消日期為 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我計劃退出公司/工會提供的團體保險。退出日期為 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我目前受保於州政府提供的藥品補助計劃。
- 我目前所屬的計劃將與聯邦醫療保險結束合約。
- 聯邦醫療保險(或我所在的州)為我選擇了一個計劃，但是我想選擇一個不同的計劃。我在那個計劃的生效日期為(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- 我因故失去特殊醫療補助計劃的資格而退出本計劃。我退出特殊醫療補助計劃的日期是(注明日期) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**申請時段會員資格確認表(承接上表)**

我受到緊急事件或重大災難的影響(如聯邦緊急事務管理局(FEMA)或聯邦、州或地方政府機構所宣布)。我適用於此處的其中一項聲明,但由於災難我無法提交健康保險計劃加入的要求。由於該FEMA情況導致錯過了投保期: \_\_\_\_\_

如果這份文件的內容不適用於您或您不確定的話,請致電中心健保聯邦醫療保險公司: 1-866-314-2427, TTY: 711 詢問您是否合乎加入資格。服務時間每週7天,每天早上8點至晚上8點。

**期望溝通方式**

**電子郵箱(選填):** \_\_\_\_\_

如選擇提供您的電子郵箱,您將授權我們直接寄送關於您健康或健保計劃的資訊\*

\*您可以隨時取消。

**選擇電子檔案:** 請將以下的健保資訊通過電子文檔寄送給我:

- 福利說明                       藥品處方集  
 醫師名錄                       其他必須資料

**您希望通過哪一個行動電話號碼接收簡訊?(選填)**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

如提供您的電話號碼,將授權本計劃為您發送個性化的關於您健康或健保資訊的簡訊。內容可能會關於您的福利及健康保健資訊。

\*您可以隨時取消。可能產生訊息或者數據費用。

**本欄由業務專員/保險經紀/中介專用:**

Please Read and Sign Below:

- I am licensed and certified by Central Health Medicare Plan to market and sell the plan
- I have provided a complete and accurate explanation to the beneficiary of the plan's eligibility requirements, benefits, and restrictions, with particular emphasis on the beneficiary's needs
- I have reviewed the application in its entirety to ensure that all fields are complete and accurate to my knowledge

**Name of Agent / Broker (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

FMO (if applicable): \_\_\_\_\_

**Agent / Broker Signature (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

CA Insurance License No: \_\_\_\_\_ National Producer Number (NPN): \_\_\_\_\_

**Application Received Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Proposed Effective Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Please note: Completed applications must be faxed to Enrollment Department at 626-388-2371 within 24 hours of receipt by the broker.**

**本欄由中心健保聯邦醫療保險公司專用:**

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ SEP: \_\_\_\_\_ LIS: \_\_\_\_\_ NOT ELIGIBLE: \_\_\_\_\_