



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。第二部分的內容為選填 - 即使沒有完整填寫第二部分的內容，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 22800,

Long Beach, CA 90801

Attention: Enrollment Department

我們的申請部門在處理完您的表格後，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 8 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(O MB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”。



第一部分-下列所有項目均為必需填寫項目(除非標記為可選擇性填寫)

選擇您要加入的計劃:

MAPD

- Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027 (LA/OC/RS/SB/SD) \$0月費
- Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 月費
- Central Health Jade Plan (HMO) 022 (LA) \$0 月費
- Central Health Medicare Plan (HMO) 001 (LA/OC/RS/SB) \$0 月費
- Central Health Premier Plan I (HMO) 023 (AL/CC/FR/SF/SJ/SC/SO) \$0 月費
- Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018 (SM) \$0 月費
- Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008 (VC) \$0 月費

MA

- Central Health Valor Care Plan (HMO) 030 (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) \$0 月費

Part B Savings

- Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029 (LA/OC/RS/SB/SD) \$0月費
- Central Health Savings Plan (HMO) 019 (LA/OC/RS/SB) \$0 月費

C-SNP

- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1 (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 月費
- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 月費
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1 (LA/OC/RS/SB/SD) \$13.40 月費
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$13.40 月費
- Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006 (AL/CC/FR/LA/OC/SB/SJ/SC) \$0 月費

D-SNP

- Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) 002 (LA/RS/SA/SB/SD) \$13.60 月費

姓氏:	名字:	中間名(可選):
-----	-----	----------

出生日期: (月/日/年份) __/__/____	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	住家電話號碼: (____) ____ - ____	手機號碼: (____) ____ - ____
------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------

永久住址 (請勿使用郵政信箱PO BOX):

城市:	縣(可選):	州:	郵遞區號:
-----	--------	----	-------

郵寄地址 · 如果與永久住址不同時才需要填寫 (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(紅藍卡)資料

Medicare Number: _____ - _____ - _____

第一部分-下列所有項目均為必須填寫項目(除非標記為可選擇性填寫)

請回答以下重要問題:

除中心健保聯邦健康醫療保險計劃外，您是否還有其他處方藥保險(例如：VA/退伍軍人保險TRICARE)醫療保險計畫？ 是 否

保險計劃名稱： _____ 會員ID號碼： _____ 此保險計劃團體編號： _____

您是否參加了所在州的醫療補助 (Medi-Cal) 計劃？

是 否

醫療補助計劃(Medi-Cal) 號碼: _____

醫療補助計劃(Medi-Cal) 生日: _____

符合 Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2 , Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2, Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006 保險的條件。

您是否被診斷出患有以下疾病之一？請勾選所有適用項。

糖尿病 充血性心力衰竭 心血管疾病

請同時填寫此表格附帶的預註冊資格評估工具 (PQAT) 在提交申請之前。PQAT必須與您的報名表一起提交。

重要提示：請閱讀並簽署以下內容：

- 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》)。您對此表格的回復是自願的。如果未作出回應可能會影響註冊計劃
- 本人知悉每次只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：

第二部分-下列所有項目均為可選擇性填寫項目

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，墨西哥人、美國墨西哥裔或奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是的，波多黎各裔 | <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"/> 我選擇不回答。 |

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 |
| 亞裔： | 夏威夷原住民和太平洋島民： |
| <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"/> 我選擇不回答。 |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲區域 | |

你的性別是什麼？選擇一個。

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 我使用一個不同的術語: _____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |
| <input type="checkbox"/> 非二元性別 | |

以下哪一項最能代表你對自己的看法？選擇一個。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀或男同性戀 | <input type="checkbox"/> 我使用一個不同的術語 _____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，接就是既不是男同性戀也不是女同性戀 | <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

如果您希望我們以英語以外的其他語言向您發送信息，請選擇一項

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯文 | <input type="checkbox"/> 韓文 |
| <input type="checkbox"/> 亞美尼亞文 | <input type="checkbox"/> 旁澤普文 |
| <input type="checkbox"/> 柬埔寨文 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯文 |
| <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 西班牙文 |
| <input type="checkbox"/> 波斯文 | <input type="checkbox"/> 他加祿文 |
| <input type="checkbox"/> 苗文 | <input type="checkbox"/> 越南文 |

第二部分-下列所有項目均為可選擇性填寫項目

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。

盲文 大字體 音頻光碟 數字光碟

如果您需要除以上所列以外的可訪問格式的資訊，請致電中心健保聯邦醫療保險公司 1-866-314-2427(TTY 711)。我們的辦公時間為太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天(10 月 1 日至 3 月 31 日)以及週一至週五(4 月 1 日至 9 月 30 日)。

您工作嗎？ 是 否

您的配偶工作嗎？ 是 否

請列出您的家庭醫生 (PCP, 醫療網名稱, ID)，診所或者健康中心：

我想通過電子郵件獲得以下資料。選擇一項或多項。

會員通訊/檔案

電子郵件地址: _____

支付您的計劃月費

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額。不要向中心健保支付D-IRMAA的金額部分。

請選擇保費支付選項

如果您不選擇付款選項，您每個月都會收到一張帳單。

請選擇保費支付選項：

取得賬單

從您每月的社會安全金中自動扣除

從您每月鐵路退休委員會 (RRB) 福利支票中自動扣除

ACH 付款

賬號所有人姓名: _____ 賬號類型: 支票賬戶 儲蓄賬號

賬戶號碼: _____ 賬戶Routing號: _____

僅適用於幫助申請人填寫此表格的個人

如果您是幫助申請人填寫此表格的個人(即代理人、經紀人、SHIP顧問、家庭成員或其他協力廠商)，請填寫此部分。

姓名: _____ 與申請人的關係: _____

簽名處: _____ 全國生產商編號(僅限代理商/經紀人): _____

代理人可以將填妥的報名表和相關檔傳真至**1-844-541-6848**

登記的接收日期將用於確定提出請求的申請的日期，這反過來又將決定保險的生效日期。

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。