



此表格適用於哪些人？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 會員

若要加入一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在該計劃的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時擁有：

- Medicare A 部分（住院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

我何時使用此表格？

您可以在以下期間或情況下加入一項計劃：

- 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日期間（保險生效時間為次年 1 月 1 日）
- 首次參保 Medicare 後的 3 個月內
- 允許您加入或更換計劃的特定情況

請瀏覽 Medicare.gov，進一步瞭解有關何時您可以參保計劃的資訊。

填寫此表格需要準備什麼？

- 您的 Medicare 編號（您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久住址和電話號碼

註：您必須填寫第 1 部分的所有內容。第 2 部分為選填內容 – 我們不會因為您沒有填寫這些內容而拒絕您參保。

在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 – 12 月 7 日）加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
- 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇從銀行帳戶或每月的社會保障（或鐵路職工退休委員會）福利金中扣繳保費。

接下來會怎樣？

將填妥並已簽名的表格郵寄至以下地址：

**Imperial Health Plan of California (HMO)
(HMO SNP)**

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

或傳送電子郵件至：

Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

他們在處理完您加入計劃的申請後便會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 Imperial Health Plan，電話：1-800-838-5197。
TTY 使用者可致電 711。

或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a Imperial Health Plan al
1-800-838-5197/TTY 711 o a Medicare gratis al
1-800-633-4227 y optima el 8 para asistencia en español
y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者

- 如果您想加入某項計劃但沒有永久住所，則郵政信箱、收容所或診所地址，或您接收郵件（例如，社會保障支票）的地址可作為您的永久居住地址。

重要提示

請勿將本表或任何帶有您個人資訊的材料（如理賠、付款、醫療記錄等）寄送給文書削減法案 (PRA) 報告審批辦公室。我們將銷毀與改進本表或收集資訊（如 OMB 0938-1378 中所述）無關的任何材料。我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會怎樣？」，將填妥的表格郵寄至計劃。

第 1 部分 – 本頁所有欄均為必填項（除非標註了選填）

選擇您想要加入的計劃：

- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – C 部分/D 部分 \$0
- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – C 部分/D 部分 \$0
- Imperial Giveback (HMO) 014 – C 部分/D 部分 \$0
- Imperial Traditional (HMO) 007 – C 部分/D 部分 \$0
- Imperial Courage Plan (僅 HMO MA) 016 – 僅 C 部分 \$0



名： 姓： 選填：中間名縮寫：

出生日期：（月/日/年） 性別： 電話號碼：
（__/__/____） 男 女 （ ）

永久居住街道地址（請勿填寫郵政信箱號。註：對於無家可歸者，可將郵政信箱視為您的永久居住地址。）：

城市： 選填：郡： 州： 郵遞區號：

郵寄地址（如果與您的永久地址不同則填寫，可以使用郵政信箱）：

街道地址： 城市： 州： 郵遞區號：

您的 Medicare 資訊：

Medicare 編號： _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

請回答以下重要問題：

您是否擁有除 Imperial Health Plan 之外的其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保險的名稱： 該保險的會員號碼： 該保險的團體號碼

您是否患有心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病？ 是 否

重要提示：閱讀並在下方簽字：

- 我必須保留住院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）才能繼續參保 Imperial Health Plan。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即表示我承認 Imperial Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參見下文的《隱私法聲明》）。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。
- 我理解，我一次僅可參保一項 Medicare Advantage (MA) 計劃，並且參保本計劃將自動終止參保其他 MA 計劃的資格（MA 私人按服務收費 [PFFS] 計劃和 MA 醫療儲蓄帳戶 [MSA] 計劃除外）。
- 我瞭解，當我的 Imperial Health Plan 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 Imperial Health Plan 取得。Imperial Health Plan 提供及 Imperial Health Plan 「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中承保的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和 Imperial Health Plan 均不會支付相關費用。

- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。
- 我理解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表（如上所述）簽署，此簽名確認：
 - 1) 此人根據州法律獲得授權填寫此參保表，且
 - 2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。

簽名：	填表日期：
若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊：	
姓名：	地址：
電話號碼：	與參保者的關係：

第 2 部分 – 此部分中的所有欄位均為選填項

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

您是否為西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統？請選擇所有適用項。

- 否，我不是西班牙裔、拉美裔，亦無西班牙血統 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
 是，我是波多黎各人 是，我是古巴人
 是，我是西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統
 我選擇不回答

您的種族是？請選擇所有適用項。

- 美國印地安人或阿拉斯加原住民 亞裔：
 亞裔：
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 印度裔
<input type="checkbox"/> 華裔
<input type="checkbox"/> 菲律賓裔
<input type="checkbox"/> 日裔
<input type="checkbox"/> 韓裔
<input type="checkbox"/> 越南裔
<input type="checkbox"/> 其他亞裔 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 夏威夷原住民和太平洋島民：
<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民
<input type="checkbox"/> 薩摩亞裔
<input type="checkbox"/> 其他太平洋島民
<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |
|---|--|

您的性別是？請選擇一項。

- 女 我使用其他術語描述： _____
 男 我選擇不回答
 非二元性別

以下哪項最能代表您對自己的看法？請選擇一項。

女同性戀或男同性戀 我使用其他術語描述：_____

異性戀，既不是女同性戀也不是男同性戀 我不知道

雙性戀 我選擇不回答

如果您希望我們用英文以外的語言向您寄送資訊，請選擇一項。

西班牙文 其他：_____

如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請選擇一種。

盲文 大字印刷版 音訊 CD 數位 CD

除了以上格式之外，如果您需要其他無障礙格式的資訊，請致電 1-800-838-8271 聯絡 Imperial Health Plan。我們 10 月 1 日至 3 月 31 日期間的辦公時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的辦公時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，節假日除外。TTY 使用者可致電 711。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我希望透過電子郵件獲得以下材料。請選擇一項或多項。

是，我希望透過線上會員入口網站收到新會員參保資料包 — 承保範圍說明書 (EOC)、綜合處方藥一覽表和醫療服務提供者/藥房目錄。

會員地址：_____

支付您的計劃保費

您每月可以透過郵寄來支付您的月繳計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保障或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

僅適用於幫助參保人填寫此表格的個人

如果您是幫助參保人填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、州健康保險援助計劃 (SHIP) 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：	與參保者的關係：
簽名：	全國保險商編號（僅限代理商/經紀人填寫）：

隱私法聲明

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 會從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃受益人的參保情況，改善護理和支付 Medicare 福利。《社會保障法》第 1851 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條和第 422.60 條均授權收集此類資訊。CMS 可根據系統記錄通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」（系統編號 09-70-0588）中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。

根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的管理和預算辦公室 (OMB) 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次完成此資訊收集預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明，搜尋現有資料資源，收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或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。

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).