

誰可以使用此表格？

擁有 Medicare 並想要加入 Medicare Advantage 計劃的人士

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或美國的合法居留者
- 住在計劃的服務區域內

重要提示：要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須有以下二者：

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

重要提示：要加入 Medicare 處方藥計劃，您還必須有以下項目之一或兩者：

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

我何時使用此表格？

您可以加入計劃：

- 在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間（適用於從 1 月 1 日開始生效的承保）
- 首次獲取 Medicare 後 3 個月內
- 在某些允許您加入或切換計劃的情況下

瀏覽 **Medicare.gov** 以瞭解您何時可以註冊計劃。

我需要什麼來填寫此表格？

- 您的 Medicare 編號（位於您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址及電話號碼

註：您必須填寫第 1 部分中的所有項目。第 2 部分中的項目為選填項目 – 您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）內加入計劃，計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填寫完成的表格。
- 您的計劃將向您寄送一份計劃保費帳單。您可以選擇註冊以從銀行帳戶或每月的社會保障（或鐵路退休委員會）福利中扣除保費。

接下來該怎麼做？

將填妥並簽名的表格郵寄至：**Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)**

Attention: Enrollment
P.O. Box 60874
Pasadena, CA 91116

一旦處理您的加入請求，他們會與您聯絡。

我如何取得協助來填寫此表格？致電

1-800-838-5197 聯絡 Imperial Health Plan。
TTY 使用者請致電 711。

或者致電 Medicare 聯邦醫療保險專線
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 oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

無家可歸者

- 如果您希望加入計劃但沒有永久居留權，則郵政信箱、庇護所或診所的地址、或接收信函（例如社會保障支票）的郵寄地址可能被視為您的永久居住地址。

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次填寫此資訊預計平均需要 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。如果您對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。

重要說明

請勿將此表格或任何包含您的個人資訊的項目（例如理賠、付款、病歷等）傳送給 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與如何改進此表格或其收集工作無關的專案（在 OMB 0938-1378 中概述）都將被銷毀。它不會被保留、審查或轉寄給計劃。請參閱此頁面上的「接下來會發生什麼？」，將已填妥的表格傳送給計劃。

第 1 部分 - 此部分的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填）

選擇要加入的計劃：

- ☐ Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – <\$0> C/D 部分
- ☐ Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – <\$0> C/D 部分
- ☐ Imperial Courage Plan（僅限 HMO MA）016 – <\$0> 僅限 C 部分

名字：	姓氏：	中間名縮寫：（選填）
出生日期（月/日/年）：	性別： ☐ 男性 ☐ 女性	電話號碼：
電子郵件地址（選填）：		手機（選填）：

永久居住地街道地址（請勿輸入郵政信箱。註：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：	縣：（選填）	州：	郵遞區號：
-----	--------	----	-------

郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）（可填寫郵政信箱號）：

街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
緊急聯絡人（選填）：	關係：	電話號碼：	

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼：

— — — — - — — — - — — — —

回答這些重要問題：

除了 Imperial Health Plan 之外，您是否還有其他處方藥承保（例如 VA、TRICARE）？

☐ 是 ☐ 否

其他保險的名稱	該承保的會員編號：	該承保的團體編號：
---------	-----------	-----------

您是否患有心血管疾病，慢性心力衰竭和/或糖尿病？

☐ 是 ☐ 否

您是否已參保州 Medi-Cal (Medicaid) 計劃？

☐ 是 ☐ 否

如「是」，請提供您的 Medi-Cal (Medicaid) 編號：_____

重要提示：請閱讀以下內容並簽名：

- 我必須保留醫院（A 部分）和醫療（B 部分）才能留在 Imperial Health Plan。
- 加入此 Medicare Advantage 或 Medicare 處方藥計劃，即表明我確認 Imperial Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，後者可以使用它來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集該資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參閱下面的隱私法案聲明）。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。
- 我瞭解，我一次僅能註冊一個 MA 或 D 部分計劃，並且註冊該計劃將自動結束我註冊另一個 MA 或 D 部分計劃（MA PFFS 和 MA MSA 計劃除外）。
- 我明白，當我的 Imperial Health Plan 承保開始時，我必須從 Imperial Health Plan 獲得我的所有醫療和處方藥福利。由 Imperial Health Plan 提供且包含於我的 Imperial Health Plan「承保證書」文件（亦稱會員合約或保戶協議）的福利和服務將獲得承保。Medicare 和 Imperial Health Plan 均不對不承保的福利或服務付費。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被從計劃中除名。
- 我瞭解，我（或取得合法授權的代表人）在此申請表上簽名即表示我已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：
 - 1) 此人經過州法律授權，可代為填寫本註冊，且
 - 2) 在 Medicare 要求時可提供相關證明文件。

簽名：	今天的日期：
如果您是授權代表，您必須在上面簽名並填寫以下欄位：	
姓名：	地址：
電話號碼：	與投保人的關係：

第 2 部分 - 此部分的所有欄位均為選填欄位

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。

若您希望我們以英文以外的語言給您傳送資訊，請選擇一個方塊。

☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 韓語 ☐ 越南語 ☐ 其他 _____

如果您希望我們在向您發送資訊時使用易於閱讀的格式，請選擇一種。

☐ 點字 ☐ 大字體 ☐ 音頻 CD ☐ 數據 CD

若您需要以上所列之外的其他無障礙格式的資訊，請致電 1-800-838-8271 聯絡 Imperial Health Plan。我們的辦公時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。TTY 使用者請致電 711。

您是否在工作？ ☐ 是 ☐ 否	您的配偶是否在工作？ ☐ 是 ☐ 否
---	--

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

PCP 姓名：_____

PCP ID 號碼：_____

醫療集團或 IPA：_____

您是否為該 PCP 的現有病人？

☐ 是 ☐ 否

我希望透過電子郵件獲得以下資料。選擇一項或多項。

☐ 是，我希望收到我的新會員參保資料包 - EOC、綜合處方藥一覽表以及醫療服務提供者/藥房目錄。

電子郵件地址：_____

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月從您的社會保障或鐵路退休委員會 (RRB) 福利金中自動扣繳保費。請選擇一項保費付款方式。如果您未做出選擇，您將收到帳單。

☐ 領帳單。

☐ 每月自動從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。社會安全局/RRB 的扣款可能至少需要兩個月才能在獲得社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 批准後開始生效。在社會安全局批准扣款之前，您將繼續收到紙本帳單。

如果您須支付 D 部分-與收入相關的每月調整金額（D 部分-IRMAA），則除了計劃保費之外，您必須支付此額外金額。請勿向 Imperial Health Plan 支付 D 部分 IRMAA 費用。

僅適用於協助登記者填寫此表格的個人

如果您是協助登記者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：

與投保人的關係：

簽名：

全國生產商號碼 (NPN)：

隱私法案聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤加入 Medicare Advantage (MA) 計劃的受益人，改善護理以及支付 Medicare 福利。《社會保障法》(Social Security Act) 第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集這些資訊。CMS 可以按照記錄系統 (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。

Imperial Health Plan 是一項簽有 Medicare 合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 取決於合約續簽情況。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。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 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).