

## Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO), 與 Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)

### 誰可以使用本表格？

擁有 Medicare 並想要參加 Medicare Advantage Plan 的人。

### 要參加一個計劃，您必須：

- 為美國公民或在美國合法居留。
- 居住在本計劃的服務區內

**注意事項：**要參加 Medicare Advantage Plan，您也必須具備以下兩者：

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

### 我何時可使用本表格？

參加計劃的時程如下：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間 (承保從 1 月 1 日起算)
- 獲得 Medicare 的最初 3 個月內
- 在特定情況下，您可以參加或更換計劃

造訪 Medicare.gov 以瞭解您何時可登記加入計劃。

### 我需要什麼資料來填寫本表格？

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

**注意事項：**您必須完整填寫第 1 部分的所有項目。第 2 部分是選填項目；您選擇不填寫此部分也不會被拒絕承保。

### 提醒事項：

- 如果您要在秋季註冊期間參加計劃 (10 月 15 日至 12 月 7 日)，本計劃須在 12 月 7 日前收到您填妥的表格。
- 您的計劃會寄送帳單給您收取計劃保費。註冊時您可以選擇由您的銀行帳戶或每月的社會安全 (或 Railroad Retirement Board) 福利津貼來支付您的保費。

### 下一步是什麼？

將填妥並署名表格寄到：

Clever Care  
660 W Huntington Drive, Suite 200  
Arcadia, CA 91007

當他們處理好您的申請書，便會通知您。

### 我如何尋求協助以填寫本表格？

撥打電話 (833) 388-8168 聯絡 Clever Care。聽障專線使用者請撥打 711。或撥打電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

En español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

根據 1995 年 Paperwork Reduction Act，唯有出示有效的 OMB 控制編號，才需要回應資料搜集要求。本資料收集之有效 OMB 控制編號為 0938-NEW。填寫這些資訊的時間預計是平均每題 20 分鐘，包括閱讀指示、搜索現存資料來源、搜集所需資料並完成及檢查收集到的資訊之時間。若對預估時間之準確度有任何意見，或是有關改進本表格的任何建議，請寫信聯絡：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### 重要事項

請勿將本表格及任何含有個人資訊 (例如索賠、付款、醫療記錄等) 的項目寄送到 PRA Reports Clearance Office。我們所收到的項目當中，若與改進本表格或其資訊收集負荷 (如 OMB 0938-1378 所列) 無關，便會被銷毀。我們不會保留、審查或轉交給計劃單位。詳見本頁的「下一步是什麼？」，並寄送填妥的表格到計劃單位。

**第 1 部分**

本頁的所有欄位皆為必填 (除非註明為選填)

選擇您要參加的計劃：

<input checked="" type="checkbox"/>	計劃	郡	保費
<b>Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)</b>			
	H7607-002-001	Los Angeles	每月 \$0 美元
	H7607-002-002	Orange	每月 \$0 美元
	H7607-002-003	San Diego	每月 \$0 美元
<b>Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)</b>			
	H7607-003-001	Los Angeles	每月 \$31.50 美元
	H7607-003-002	Orange	每月 \$31.50 美元
	H7607-003-003	San Diego	每月 \$31.50 美元

名字：	姓氏：	[選填：中間名縮寫]：
出生年月日 (月/日/年)： / /	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話號碼： ( )

永久居住地址 (請勿使用郵政信箱)：

城市：	[選填：郡]：	州：	郵遞區號：
-----	---------	----	-------

郵件通訊地址，若與永久地址不同 (可使用郵政信箱)：

城市：	州：	郵遞區號：
-----	----	-------

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼：

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

回答這些重要的問題：

除了 Clever Care Longevity Medicare Advantage 或 Clever Care Balance Medicare Advantage 以外，您會有其他的處方藥承保嗎 (例如 VA、TRICARE)?	<input type="checkbox"/> 會 <input type="checkbox"/> 不會
其他承保的名稱：	此承保的會員編號：
	此承保的團體編號：

注意事項：閱讀並在下方署名：

- 我必須保留醫院 (A 部分) 及醫療 (B 部分) 兩者，才能繼續參加 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 或 Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)。
- 藉由參與本 Medicare Advantage Plan，我知悉 Clever Care 會與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用那些資訊來追蹤我的註冊情況、支付費用，以及聯邦法授權准予收集此一資訊的其他目的 (詳見下列隱私權法律聲明)。
- 您自願回答本表格的問題。但是，如果您不回答，可能無法註冊參加計劃。
- 就我所知，本註冊表格內的資料皆正確。我瞭解如果我在表格中故意提供錯誤資訊，則我無法註冊參加計劃。
- 我瞭解擁有 Medicare 的人身在國外時一般不在 Medicare 的承保範圍，但在美國邊境附近則享有有限承保。
- 我瞭解，當我的 Clever Care Longevity Medicare Advantage 或 Clever Care Balance Medicare Advantage 承保開始時，我必須從 Clever Care 處獲取我全部的醫療及處方藥福利。Clever Care 提供的，以及我的 Clever Care Longevity Medicare Advantage 或 Clever Care Balance Medicare Advantage 之「承保範圍說明書」文件所包含的福利和服務 (亦稱為會員合約或簽署者合約) 均有承保。Medicare 及 Clever Care 皆不會支付不承保的福利或服務。
- 我瞭解，我在本申請書上署名 (或我依法授權代表我行事的人員署名) 代表我已閱讀並瞭解本申請書的內容。若署名者是授權代表 (如前所述)，此署名即證實：
  1. 此人依據州法獲得授權來完成此次註冊，及
  2. 若 Medicare 提出要求，則可取得本授權文件。

署名：	今日日期：(月/日/年) / /
-----	---------------------

若您是授權代表，請在上面署名並填寫這些欄位：

姓名：	地址：
電話號碼：	與註冊者之關係：

## 第 2 部分

本頁所有欄位皆是選填

您可以選擇回答這些問題。  
您不會因為沒有填寫這些資料而被拒絕承保。

如果您需要我們寄送除英語外其他語言的資訊，請選擇其中一項。

中文 (繁體)  韓語  越南語  塔加拉族語  西班牙文  其他：\_\_\_\_\_

如果您需要我們採用易用格式來寄送資訊給您，請選擇其中一項。

點字  大字體印刷  音訊 CD

如果您需要使用上述未列出的其他易用格式取得資訊，請撥打電話 (833) 388-8168 聯絡 Clever Care。我們的辦公時間從 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。假日或營業時間之外收到的訊息將在一個營業日內回覆。聽障專線使用者請撥打 711。

您有工作嗎？  有  沒有

您的配偶有工作嗎？  有  沒有

請列出您的主治醫師 (PCP)：

PCP 的姓名：

PCP 註冊 ID 號碼：

您目前是這位醫生的患者嗎？

是  不是

醫療團隊或醫師網絡：

我想透過電子郵件取得下列資料。選擇一項或多項。

- 規定的計劃資料 (如年度變更通知)
- 福利說明
- 電子報和計劃資訊
- 健康及福祉計劃資訊
- 會員專題討論會邀請

電子郵件地址：

### 支付計劃保費

您可以每月用  郵寄或電子轉帳 (Electronic Fund Transfer, EFT)  方式支付每月計劃保費 (包括目前應付或可能積欠的遲繳註冊罰金)。 您也可選擇每月自動從您的社會安全或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利扣款，來支付每月計劃保費。

**如果您必須支付 D 部分與收入相關的每月調整金額 (Part D-IRMAA)，你必須在保費以外再支付該額外費用。** 此費用通常從您的社會安全福利扣繳，或您也可能收到 Medicare (或 RRB) 寄來的帳單。請勿把 Part D-IRMAA 支付給 Clever Care。

#### 隱私權法律聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，以追蹤受益人對 Medicare Advantage (MA) Plans 的註冊、改進照護服務、及支付 Medicare 福利。Social Security Act 第 1851 及 1860D-1 節及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。依據 System of Records Notice (SORN) 之「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 所述，CMS 可以使用、揭露和交換 Medicare 受益人的註冊資料。您自願回答本表格的問題。但是，如果您不回答，可能無法註冊參加計劃。

註冊期的資格證明。

請閱讀下列聲明並勾選您適用的方塊。

一般而言，您僅可於每年的註冊期內註冊 Medicare Advantage 計劃，即從 10 月 15 日到 12 月 7 日止。可以用例外處理的方式讓您在註冊期以外註冊 Medicare Advantage 計劃。

勾選下列任一方塊，代表您證明，就您所知，您符合註冊期的資格。如果我們之後發現這些資訊不正確，可能會取消您的註冊資格。

- 我是 Medicare 新註冊者 (有效日期：\_\_ / \_\_ / \_\_)。
- 我已註冊 Medicare Advantage 計劃，並想於本 Medicare Advantage 開放註冊期間 (MA OEP) 做出變更。
- 我最近搬家到目前計劃的服務區以外，或我最近搬家，這個計劃是我的新選項。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 搬家。
- 我最近出獄。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 被釋放。
- 我長期居住海外，最近返回美國。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 返回美國。
- 我最近取得美國的合法居留身份。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 取得該身份。
- 我的 Medicaid 最近在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 有變更 (新取得 Medicaid、變更 Medicaid 協助等級、或失去 Medicaid)。
- 我使用 Extra Help 支付 Medicare 處方藥的承保最近在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 有變更 (新取得 Extra Help、變更 Extra Help 等級、或失去 Extra Help)。
- 我有 Medicare 及 Medicaid 兩者 (或我的所在州協助我支付 Medicare 費用)，或我使用 Extra Help 支付 Medicare 處方藥承保，但我一直以來未曾變更。
- 我要搬到、居住在或最近搬出一家長期護理機構 (例如，護理之家或長期護理機構)。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 已搬至、將搬至/搬出該機構。
- 我最近在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 退出一個 PACE® 計劃。
- 我最近在非自願的情況下失去可計入處方藥承保 (承保範圍與 Medicare 等級相同)。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 失去藥物承保。
- 我將在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 退出/失去雇主或工會的承保。
- 我參加一個由所在州屬提供的藥房協助計劃。
- 我的計劃即將結束與 Medicare 的合約，或 Medicare 即將結束與我的計劃之合約。
- Medicare (或我的所在州) 讓我加入一個計劃而我想選擇不同的計劃。我從 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 起註冊加入那個計劃。
- 我參加了 Special Needs Plan (SNP)，但是我失去參加該計劃必需的特殊需求資格。我在 (插入日期：\_\_ / \_\_ / \_\_) 被 SNP 取消註冊資格。
- 根據聯邦緊急事務管理署 (Federal Emergency Management Agency, FEMA) 或者聯邦、州政府或當地政府機關的公告，我受到緊急事故或重大災害的影響。這裡有另一項陳述適用於我，但我因為該災害之影響致使無法提出註冊要求。

如果這些陳述對您均不適用，或您有任何疑問，請撥打電話 **1-833-388-8168 (聽障專線 711)** 聯絡客戶服務，瞭解您是否符合註冊資格。我們的服務時間從 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及從 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。假日或營業時間之外收到的訊息將在一個營業日內回覆。