

Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)

誰可以使用本表格？

擁有聯邦醫療保險並想要參加聯邦醫療保險優勢計劃的人士

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 Health Plan
Attn: Enrollment Services
660 W Huntington Drive, Suite 200
Arcadia, CA 91007

電子郵件：enrollment@ccmapd.com

傳真：(657) 276-4757

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) 388-8168/711 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 年的《文書簡化法案》，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
Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-002-001	洛杉磯	每月 \$0 美元
	H7607-002-002	橙縣	每月 \$0 美元
	H7607-002-003	聖地牙哥	每月 \$0 美元
Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-003-001	洛杉磯	每月 <\$31.50>
	H7607-003-002	橙縣	每月 <\$31.50>
	H7607-003-003	聖地牙哥	每月 <\$31.50>
Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-007-001	洛杉磯	每月 \$0 美元
	H7607-007-002	橙縣	每月 \$0 美元
	H7607-007-003	聖地牙哥	每月 \$0 美元
Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-008-001	洛杉磯	每月 \$0 美元
	H7607-008-002	橙縣	每月 \$0 美元
	H7607-008-003	聖地牙哥	每月 \$0 美元

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： _____ () _____

永久居住地址 (請勿使用郵政信箱)： _____

城市： _____ 郡（選填）： _____ 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： _____

第 1 部分

本頁所有欄位皆為必填 (續)

回答這些重要的問題：

除了Clever Care Longevity Medicare Advantage 計劃、Clever Care Balance Medicare Advantage 計劃、Clever Care Fortune Medicare Advantage 計劃或Clever Care Value Medicare Advantage 計劃以外，您擁有其他的處方藥物承保計劃嗎（例如 VA、TRICARE）？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
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）兩個計劃，才能繼續參加 Clever Care Longevity Medicare Advantage 計劃(HMO)、Clever Care Balance Medicare Advantage 計劃(HMO)、Clever Care Fortune Medicare Advantage 計劃 (HMO)或 Clever Care Value Advantage 計劃(HMO)。
- 藉由參與本 Medicare Advantage 計劃，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 計劃或 Clever Care Balance Medicare Advantage 計劃、Clever Care Fortune Medicare Advantage 計劃或 Clever Care Value Medicare Advantage 計劃開始承保時，我必須從 Clever Care 處獲取我全部的醫療及處方藥物福利。Clever Care 提供的，以及我的 Clever Care Longevity Medicare Advantage 計劃或 Clever Care Balance Medicare Advantage 計劃、Clever Care Fortune Medicare Advantage 計劃或 Clever Care Value Medicare Advantage 計劃之「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 皆不會支付不在承保範圍的福利或服務費用。
- 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）首選方言： 國語/普通話 粵語
 高棉語 韓語 越南語 西班牙語 其他：_____

請說明您認同您為下列哪項種族/民族。

- 白人 黑人 西班牙裔 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 夏威夷原住民/太平洋島民
亞洲人： 亞裔印度人 柬埔寨人 華人 菲律賓人 印尼人 日裔 韓裔 老撾人
 泰國人 越南人
 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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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
 以上皆是

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鐵路退休委員會（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 D 部分-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。

投保期的資格證明。

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。

請仔細閱讀下列聲明並勾選您適用的方格。

勾選下列任一方格，即表示您證明，就您所知，您符合投保期的資格。如果我們之後確定這些資訊不正確，可能會取消您的投保資格。

- 我首次投保 Medicare
- 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替代處方藥物保險 (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 (833) 388-8168 (聽障專線 711) 聯絡 Clever Care，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。