Clever Care HEALTH PLAN | 福全健保

2025 年個人投保申請表

誰可以使用本表格？

擁有 Medicare（聯邦醫療保險）並想要參加 Medicare 優勢計劃的人士。

要參加任一計劃，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

注意事項：要參加 Medicare 優勢計劃，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 以瞭解您何時可註冊加入計劃。

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：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：

- 如果您要在秋季投保期間參加計劃 (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局 (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
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

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。

我如何尋求幫助來填寫此表格？

撥打電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡 Clever Care (福全健保)。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.

無家可歸者

- 如果您想加入計劃但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件 (例如社會安全局支票) 的地址可能會被視為永久居住地址。

根據 1995 年的《文書簡化法案》，唯有出示有效的 OMB 控制編號，才需要回應資訊收集要求。本資訊收集作業之有效 OMB 控制編號為 0938-1378。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、搜尋現存資料來源、收集所需資料並完成及檢查收集到的資訊。若對預估時間之準確度有任何意見，或是有關改善本表格的任何建議，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。所收到的項目當中，若與改善本表格或其資訊收集負擔 (如 OMB 0938-1378 所列) 無關，我們會把項目銷毀。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。

OMB No. 0938-1378 到期日：2026年6月30日

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：

福全健保**長壽**(HMO)計劃 H7607-002

☐	001-洛杉磯郡	每月 $0
☐	002-橘郡	每月 $0
☐	003-聖地牙哥郡	每月 $0
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 $0
☐	005-河濱縣	每月 $0

福全健保**超值**(HMO)計劃 H7607-008

☐	001-洛杉磯郡	每月 $0
☐	002-橘郡	每月 $0
☐	003-聖地牙哥郡	每月 $0
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 $0
☐	005-河濱縣	每月 $0

福全健保**全加** (HMO C-SNP)計劃 H7607-011

☐	001-洛杉磯郡	每月 $18.40
☐	002-橘郡	每月 $18.40
☐	003-聖地牙哥郡	每月 $18.40
☐	004-聖伯納迪諾郡	每月 $18.40
☐	005-河濱縣	每月 $18.40

姓氏: _____

名字: _____ **中間名縮寫** (選填): ___

出生日期: 月 月 / 日 日 / 年 年 年 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。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可視為您的永久居住地址):

_____

城市: _____ **州:** _____ **郵遞區號:** _____

郵寄地址，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: _____ – _____ – _____

根據照護模式審查，Clever Care Health Plan, Inc. 已獲得 National Committee for Quality Assurance (NCQA) 核准，可在 2025 年之前經營 Chronic Special Needs Plan (C-SNP)。

第 1 部分　本頁的所有欄位皆為必填 (除非註明為選填) *續*

回答這些重要的問題：

除了 Clever Care (福全健保) 外，您是否將會擁有其他處方藥物承保 (例如 VA、TRICARE)？ ☐ 有 ☐ 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：_____

選填：

您是否投保您的州政府 Medi-Cal (Medicaid) 計劃？ ☐ 是 ☐ 否

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

唯有投保福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃時才需填寫

您是否被診斷患有**糖尿病** (高血糖)，或者您是否正在服用胰島素或其他藥物來控制血糖？	☐ 是	☐ 否
您是否被診斷患有**心律不齊**或心房顫動 (Afib)，或者您是否有心跳過快、不規律的問題？	☐ 是	☐ 否
您是否被診斷患有**冠狀動脈疾病 (CAD)** 或**周邊血管疾病**、曾心臟病發作，或因動脈或靜脈硬化而出現血液循環不良？	☐ 是	☐ 否
您是否被診斷患有**慢性靜脈血栓栓塞性疾病**或靜脈內多次出現血栓？	☐ 是	☐ 否
您是否正在服用藥物來治療您的病情？	☐ 是	☐ 否

如果是，請列出藥物：

_____ _____ _____

可以驗證您的病情的醫生

姓名： _____

電話： (_____) _____ – _____ **傳真：** (_____) _____ – _____

辦公室地址：

_____

城市： _____ **州：** _____ **郵遞區號：** _____

揭露健康資訊之授權

我的簽名授權上述提供者和/或我的 PCP 揭露我的健康資訊和/或向福全健保 (Clever Care Health Plan) 提供醫療記錄。

第 1 部分	**本頁的所有欄位皆為必填 (除非註明為選填)** *續*

注意事項:閱讀並在下方署名:

- 我必須保留醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 兩者,才能繼續投保 Clever Care Health Plan (福全健保)。
- 藉由參加本 聯邦醫療保險優勢(Medicare advantage)計劃,我知悉福全健保會與 Medicare 分享我的資訊,Medicare 可能會使用那些資訊來追蹤我的投保情況、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,可能會影響您投保此計劃。
- 我了解,我一次只能投保一個 MA 計劃 - 並且投保此計劃將自動結束我在另一個 MA 計劃中的投保 (MA PFFS、MA MSA 計劃除外)。
- 我理解,當我的福全健保承保開始時,我必須從福全健保取得所有醫療和處方藥品福利。在我的福全健保「承保範圍證明書」文件 (亦稱為會員合約或投保人協議書) 中包含的福全健保所提供福利和服務均享承保。Medicare 及福全健保不會支付不承保的福利或服務。
- 就我所知,本投保表格上的資料皆正確。我瞭解如果我在表格中故意提供錯誤資訊,則我將被取消計劃投保。
- 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投保,及
    2. 若 Medicare 提出要求,則可取得本授權文件。

簽名:

今日日期:

月 月 / 日 日 / 年 年 年 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:	與投保人之關係:

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。

您是西班牙裔、拉丁裔或擁有西班牙血統嗎？請選擇所有適用選項。

- ☐ 否，我不是西班牙裔、拉丁裔，亦不擁有西班牙血統(1)
- ☐ 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人(2)
- ☐ 是，我是波多黎各人(3)
- ☐ 是，我是古巴人(4)
- ☐ 是，我是另一個西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統(5)
- ☐ **我選擇不回答。**(6)

您屬於哪個種族？請選擇所有適用選項。

- ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民(1)
- ☐ 亞洲印度人(2)
- ☐ 黑人或非裔美國人(3)
- ☐ 華裔(4)
- ☐ 柬埔寨人(5)
- ☐ 菲律賓人(6)
- ☐ 關島人或查莫羅人(7)
- ☐ 日本人(8)
- ☐ 韓國人(9)
- ☐ 夏威夷原住民(10)
- ☐ 其他亞裔(11)
- ☐ 其他太平洋島民(12)
- ☐ 薩摩亞人(13)
- ☐ 越南人(14)
- ☐ 白人(15)
- ☐ **我選擇不回答。**(16)

您偏好的口說語言是什麼：

☐ 英文 ☐ 中文 ☐ 廣東話 ☐ 高棉文 ☐ 韓文 ☐ 越南文 ☐ 西班牙文
☐ 其他：_____

除了英文，您偏好的書寫語言是什麼？

☐ 繁體中文 ☐ 韓文 ☐ 越南文 ☐ 西班牙文

如果您需要我們採用易用格式寄送資訊給您，請選擇其中一項： ☐ 點字 ☐ 大字體印刷 ☐ 音訊 CD ☐ 資料光碟

如果您需要使用上述以外的其他易用格式取得資訊，請撥打電話 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡 Clever Care (福全健保)。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。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

選擇接收簡訊和電子郵件：

手機號碼： (_____) _____ – _____

藉由提供我的手機號碼，表示同意接收 Clever Care Health Plan (福全健保) 基於醫療保健、福利或任何其他目的所自動發送的和/或其他簡訊。此類同意並不是接受任何服務的條件，我可以隨時致電福全健保選擇退出。可能要支付簡訊和資料傳輸費用。

電子郵件地址： _____

藉由提供我的電子郵件地址，同意以電子方式而不是美國郵政接收福全健保通訊和資料。我了解，這將包括 C 部分和 D 部分福利說明 (EOB)、年度變更通知 (ANOC) 等文件以及其他資料。我可以隨時致電 Clever Care (福全健保) 改成使用美國郵政接收。

請列出您的家庭醫生 (PCP)：

PCP 的姓名：

醫療小組或 IPA：

PCP 註冊 ID 號碼： _____ – _____

您目前是這位 PCP 的患者嗎？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 我沒有 PCP，請為我指定一位。

第 3 部分　支付計劃保費

您可以每月用郵寄方式支付每月計劃保費 (包括目前應付或可能積欠的延遲投保罰款)。**您也可選擇每月從您的社會安全局或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利自動扣款來支付保費。**

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)，你必須在計劃保費以外另外支付該筆費用。請勿把 D 部分-IRMAA 支付給 Clever Care (福全健保)。

請選擇保費支付選項。如果您不做出選擇，您將收到一張帳單。

☐ 收到帳單。

☐ 自您每月的社會安全局或 Railroad Retirement Board (RRB) 福利支票中自動扣款。我每月獲得的福利來自：☐ i) 社會安全局　☐ ii) RRB

感謝您選擇 Clever Care Health Plan (福全健保)！(選填)

請花一點時間分享您如何認識 Clever Care (福全健保)。選擇以下一個或多個範例：

☐ 電視(1)
☐ 廣播(2)
☐ 報紙(3)
☐ 社群媒體或電腦 (Google、Facebook、YouTube、遊戲應用程式)(4)
☐ 郵寄(5)
☐ 家人、朋友、醫生或針灸治療師(6)
☐ 您的保險經紀人(7)
☐ 活動(8)
☐ 其他：(9) _____

僅適用於幫助投保者填寫此表格的個人

如果您是幫助投保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：	與投保者的關係：
簽名：	全國生產商編號 (NPN，僅限代理人/經紀人)：
FMO (如適用)	電話申請?: ☐ 是　☐ 否
承保生效日期： 月 月 / 日 日 / 年 年 年 年	收到申請的日期： 月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

隱私權法律聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，追蹤受益人對 Medicare Advantage (MA) Plans 的投保情況、改善照護服務及支付 Medicare 福利。Social Security Act 第 1851 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 受益人的投保資料。您自願回答本表格的問題。但是，如果您不回答，可能會影響您投保此計劃。

投保期的資格證明。

一般而言，您僅可於每年的投保期內投保 聯邦醫療保險優勢（Medicare Advantage）計劃，即從 10 月 15 日到 12 月 7 日止。若要在投保期以外的時間投保 Medicare 優勢計劃，可以透過例外方式處理。**請仔細閱讀下列聲明並勾選您適用的方塊。**勾選下列任一方塊，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。(1)
- ☐ 我已投保 聯邦醫療保險優勢（Medicare Advantage）計劃，並想於本 Medicare Advantage 開放投保期間 (MA OEP) 做出變更。(2)
- ☐ 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。我在以下日期已搬家：_____ / _____ / _____。(3)
- ☐ 我最近出獄。我的出獄日期為：_____ / _____ / _____。(4)
- ☐ 我長期居住海外，最近返回美國。我返回美國的日期為：_____ / _____ / _____。(5)
- ☐ 我最近取得美國的合法居留身份。我取得該身分的日期為：_____ / _____ / _____。(6)
- ☐ 我的 Medicaid 最近於以下日期有變更 (新取得 Medicaid、變更 Medicaid 補助等級、或失去 Medicaid)：_____ / _____ / _____。(7)
- ☐ 我最近於以下日期在使用額外補助 (Extra Help) 支付 Medicare 的處方藥物承保計劃費用方面有變更 (新取得額外補助、變更額外補助等級、或失去額外補助)：_____ / _____ / _____。(8)
- ☐ 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)。我於以下日期已經/將要搬到/搬出該機構：_____ / _____ / _____。(9)
- ☐ 我已在以下日期離開 PACE® 計劃：_____ / _____ / _____。(10)
- ☐ 我最近在非自願的情況下失去可替代處方藥物承保 (承保範圍與 Medicare 等級相同)。我於以下日期失去藥物承保：_____ / _____ / _____。(11)
- ☐ 我將於以下日期退出/失去雇主或工會提供的承保：_____ / _____ / _____。(12)
- ☐ 我參加一個由所在州份提供的藥房協助計劃。(13)
- ☐ 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。(14)
- ☐ Medicare (或我所在的州) 讓我投保一個計劃，而我想選擇不同的計劃。我在投保該計劃的日期始於 _____ / _____ / _____。(15)
- ☐ 我過去投保加入特殊需求計劃 (SNP)，但是我失去了加入該計劃必需的特殊需求資格。我於以下日期被 SNP 取消投保資格：_____ / _____ / _____。(16)
- ☐ 我受到緊急情況或重大災難的影響 (根據聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府實體的聲明)。我的情況符合此處的其中一項其他聲明，但我因為災害情況而無法申請投保。(17)
- ☐ 我想加入一項特殊需求計劃，該計劃可根據我的慢性病提供量身定制的福利。(18)

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) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) (TTY：711)** 聯絡 Clever Care (福全健保)，瞭解您是否符合投保資格。