

誰可以使用本表格？

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

若要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留。
- 居住在本計劃的服務區域內

重要事項：若要加入聯邦醫療保險優勢計劃，您必須同時擁有以下兩種保險：

- 聯邦醫療保險醫院保險 (A 部分)
- 聯邦醫療保險醫療保險 (B 部分)

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 (適用於 1 月 1 日開始的承保)。
- 獲得聯邦醫療保險的最初 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？

- 您的聯邦醫療保險號碼 (在您的紅白藍聯邦醫療保險卡上)
- 您的永久住址和電話號碼

請注意：您必須填寫第 1 節中的所有項目。第 2 節中的項目是選擇性的 - 您不會因為未填寫這些項目而被拒絕承保。

提醒：

- 如果您想要在秋季開放投保期間參加計劃 (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。
- 您的計劃會寄給您計劃保費的帳單。您可以選擇註冊從您的銀行帳戶或您的每月社會安全 (或鐵路退休委員會) 福利中扣除保費付款。

下一步是什麼？

請將填妥並簽名的表格寄至：

福全健保 (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時，便會通知您。

我如何尋求協助以填寫本表格？

請致電福全健保 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161。TTY 使用者可撥打 711。或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥 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.

無家可歸人士

- 如果您想加入計劃但沒有永久居住地，您的郵政信箱、收容所或診所的地址，或您收取郵件 (如社會安全支票) 的地址，都可視為您的永久居住地址。

根據 1995 年的《減少文書工作法》，除非顯示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無需對信息收集作出回應。此信息收集的有效 OMB 控制號是 0938-1378。完成此信息收集所需的時間估計為每個響應平均 20 分鐘，包括審查說明、搜索現有數據資源、收集所需數據以及完成和審查信息收集的時間。如果您對時間估計的準確性有任何意見或改進此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要事項

請勿將此表格或任何包含有您個人資訊的項目 (如索賠、付款、醫療記錄等) 寄送至 PRA 報告清除辦公室。我們收到的任何項目，如果不是關於如何改善此表格或其收集負擔 (OMB 0938-1378 中概述)，都將銷毀。不會保留、審閱或轉交計劃。請您參閱本頁的「下一步是什麼？」以將完成的表格送至計劃。

第一節

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 | H7607-014-000 | 每月 \$0 |
| ☐ 福全健保超值 (HMO) 計劃 | H7607-015-000 | 每月 \$0 |
| ☐ 福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃 | H7607-016-000 | 每月 \$0 |
| ☐ 福全健保舒息 (HMO C-SNP) 計劃 | H7607-017-000 | 每月 \$0 |

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 ☐ 女

電話號碼：

() -

永久居住地址 (請勿輸入郵政信箱。注意：對於無家可歸的人士，郵政信箱可以視為您的永久居住地址)：

城市：

州：

郵遞區號：

郵寄地址，如果與您的永久住址不同 (允許使用郵政信箱)：

城市：

州：

郵遞區號：

您的聯邦醫療保險 (Medicare) 資訊：

聯邦醫療保險號碼：

- -

請回答這些重要的問題：

除了福全健保 (Clever Care) 之外，您是否還有其它處方藥承保計劃 (如退伍軍人事務部 - VA、針對現役和退休軍人及其家人的醫療保健計劃 - TRICARE)？ ☐ 是 ☐ 否

其它承保計劃的名稱：

此承保計劃的會員編號：

此承保計劃的團體編號：

選填：

您是否已加入您所在州的醫療補助計劃 (Medicaid) 或加州醫療補助計劃 (Medi-Cal)？ ☐ 是 ☐ 否

如果「是」，請提供您的 (加州) 醫療補助號碼：

根據照護模式審核，Clever Care Health Plan, Inc. 已獲國家品質保證委員會 (NCQA) 核准經營慢性特殊需求計劃 (C-SNP) 至 2026 年。

第一節

本頁所有欄位皆為必填欄位 (除非標示為選填) 繼續

僅限於投保福全健保全加 (HMO C-SNP) 計劃的人士填寫

您是否被診斷出患有 **糖尿病** (高血糖)，或您是否正在服用胰島素或其他藥物來控制您的血糖？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **心律不整**或**心房顫動** (Afib)，或者您是否有心跳過快、心律不齊的問題？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **冠狀動脈疾病 (CAD)**、有過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

您是否被診斷出患有 **慢性靜脈血栓栓塞性疾病**或靜脈內多次血栓？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **周圍血管疾病 (PVD)**，或出現走路時腿痛、晚上腳麻、腿部潰瘍不癒合或一條腿發冷等症狀？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **慢性心臟衰竭 (CHF)**，或在日常活動中或躺下時經常感到呼吸急促、疲倦或腿部或腳踝浮腫？ ☐ 是 ☐ 否

僅限於投保福全健保舒息 (HMO C-SNP) 計劃的人士填寫

您是否被診斷出患有 **氣喘/哮喘**，或您是否經常感到喘息、氣促、胸悶或咳嗽，尤其是在晚上或體力活動之後？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **慢性支氣管炎**，或您是否連續兩年，每年至少有三個月持續咳嗽並帶有黏液？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **肺氣腫**，或您是否經常呼吸急促，尤其是在體力活動時，同時伴有慢性咳嗽或喘鳴？ ☐ 是 ☐ 否

您是否被診斷出患有 **慢性阻塞性肺病 (COPD)**，或經常呼吸急促、長期咳嗽伴有黏液，或經常喘息？ ☐ 是 ☐ 否

您是否正在服用藥物治療您的病症？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請列出藥物：

可以確認您病情的醫師

姓名：

電話：

() -

傳真：

() -

診所地址：

城市：

州：

郵遞區號：

第一節

本頁所有欄位皆為必填欄位 (除非標示為選填) 繼續

健康資料披露授權書

我的簽名授權上述醫療服務提供者和/或我的初級保健醫生/ 家庭醫生 (PCP) 向福全健保 (Clever Care Health Plan) 透露我的健康資訊和/或提供醫療記錄。

重要事項：閱讀並在下方簽名：

- 我必須同時保留醫院 (A 部分) 和醫療 (B 部分) 保險，才能繼續參加福全健保。
- 加入本聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 計劃，即表示我承認福全健保會與聯邦醫療保險分享我的資料，聯邦醫療保險可能會利用這些資料追蹤我的投保情況、支付費用，以及用於聯邦法律允許收集這些資料的其他用途 (請參閱下面的隱私法案聲明)。您對本表的回覆屬自願性質。但是，不回復可能會影響投保本計劃。
- 我瞭解我一次只能投保一項聯邦醫療保險優勢計劃 (MA) 計劃 - 投保此計劃將自動終止我在另一項聯邦醫療保險優勢計劃的投保 (私人付費服務計劃 - MA PFFS、醫療儲蓄帳戶 - MA MSA 除外)。
- 我瞭解當我的福全健保承保開始時，我必須從福全健保獲得所有醫療和處方藥福利。由福全健保提供並包含在我的福全健保「承保證明說明書」文件 (也稱為會員合約或訂戶協議) 中的福利和服務將獲得承保。聯邦醫療保險和福全健保都不會支付未承保的福利或服務。
- 據我所知，本投保表上的資訊是正確的。我瞭解，如果我故意在本表格上提供虛假資訊，我將被取消投保本計劃的資格。
- 我瞭解我在本申請表上的簽名 (或經合法授權代表我的人的簽名) 表示我已閱讀並瞭解本申請表的內容。若由授權代表 (如上所述) 簽署，則此簽名證明：
 1. 此人獲州法律授權完成此註冊，且
 2. 聯邦醫療保險可要求提供授權文件。

簽名：

今日日期：

月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

如果您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下信息欄：

姓名：

地址：

電話號碼：

() -

與投保人的關係：

第二節

本頁所有欄位皆是選填

回答這些問題與否是您的選擇。您不會因為未回答這些問題而被拒絕承保。

您是什麼種族？選擇所有符合條件的。

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

您偏好的口語語言是什麼？

- ☐ 英語 ☐ 國語 ☐ 粵語 ☐ 高棉語 ☐ 韓語 ☐ 越南語 ☐ 西班牙語 _____
☐ 其他： _____

除英文外，您偏好的書寫語言是什麼？

- ☐ 中文(繁體) ☐ 韓語 ☐ 越南語 ☐ 西班牙語

如果您需要我們採用可訪問格式來寄送資訊給您，請選擇其中一項。

- ☐ 點字 ☐ 大字體 ☐ 資料光碟

如果您需要上述以外的可訪問格式的信息，請致電 (833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 聯絡福全健保。我們的辦公時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，星期一至星期五，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 用戶可以撥打 711。

您有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

您的配偶有工作嗎？ ☐ 有 ☐ 沒有

簡訊和電子郵件選擇加入：

行動電話號碼： () _____ - _____

透過提供我的號碼，我同意接收福全健保出於醫療保健、福利或任何其他目的而自動發送的和/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。訊息和數據費率可能適用。

電子郵件地址： _____

通過提供我的電子郵件地址，我同意接收福全健保的電子通訊和資料，而不是通過美國郵遞。我知道這包括聯邦醫療保險優勢計劃 (C 部分) 和聯邦醫療保險處方藥計劃 (D 部分) 的福利說明 (EOB)、年度變更通知 (ANOC) 和其他資料。我可以隨時致電福全健保改回美國郵遞。

列出您的家庭醫生 (PCP)

家庭醫生的姓名： _____

醫療團體或獨立醫生協會(IPA)： _____

家庭醫生註冊身份號碼： _____

您目前是這位家庭醫生的病人嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我沒有家庭醫生，請為我指定一位。

第三節

支付您的計劃保費

您可以每月以郵寄方式支付您的每月計劃保費（包括您目前或可能拖欠的任何逾期投保罰金）。您也可以選擇每月從您的社會安全或鐵路退休委員會 (RRB) 福利中自動扣除保費來支付保費。

如果您必須支付聯邦醫療保險處方藥福利 (D 部分) 收入相關每月調整金額 (Part D-IRMAA)，您必須在計劃保費之外支付這筆額外金額。請勿向福全健保支付聯邦醫療保險處方藥福利 (D 部分) 收入相關每月調整金額。

請選擇保費支付方式。如果您未選擇，您將會收到帳單。

☐ 收到帳單。

☐ 自動從您每月的社會安全或鐵路退休委員會 (RRB) 福利支票中扣除。

我每月從以下機構領取福利：☐ i) 社會保障局 ☐ ii) 鐵路退休委員會 (RRB)

感謝您選擇福全健保！（選填）

請花一點時間分享您是如何找到福全健保的。請選擇以下一個或多個範例：

☐ 電視⁽¹⁾

☐ 廣播⁽²⁾

☐ 報紙⁽³⁾

☐ 社交媒體或電腦(Google、臉書 (Facebook)、YouTube、遊戲應用程式)⁽⁴⁾

☐ 郵件⁽⁵⁾

☐ 家人、朋友、醫生或針灸師⁽⁶⁾

☐ 您的保險經紀人⁽⁷⁾

☐ 活動⁽⁸⁾

☐ 其他：⁽⁹⁾ _____

僅適用於協助投保人填寫本表的個人

如果您是協助會員填寫本表的個人（即代理人、經紀人、州健康保險諮詢計劃 (SHIP) 顧問、家人或其他第三方），請填寫本節。

姓名：

與投保人的關係：

簽名：

全國生產者號碼（僅限代理/經紀人）：

保險行銷總代理機構 (FMO)（如果適用）：

電話申請？

☐ 是 ☐ 否

保險生效日期：

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

Medicare（聯邦醫療保險）與 Medicaid（醫療補助服務）中心 (CMS) 向 Medicare 計劃收集資訊，以追蹤 Medicare 優勢計劃 (MA) 的受益人註冊情況、改善護理以及支付 Medicare 福利。社會安全法第 1851 節和《美國財政法規》第 42 CFR § § 422.50 和 422.60 節授權收集此資訊。CMS 可以按照記錄系統通知 (SORN) 「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 的規定，使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料。您對本表的回覆屬自願性質。但是，未回覆可能會影響投保本計劃。