

如果需要其它語言或其它格式(盲文)的信息,請聯繫華人保健計劃。

**要加入華人保健計劃,請提供以下信息:**

**請檢查要參加以下哪個計劃:**

- 東華耆英(HMO)計劃 每月 35 美元  
 牙科保險(可選擇參加) 每月 14.60 美元  
 東華智選(HMO SNP)計劃 每月 0 美元


姓:	名:	中間名	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 夫人 <input type="checkbox"/> 女士	
生日: (____/____/____) (月/日/年)	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家庭電話號碼: (____)	備用電話號碼: (____)	
永久住宅街道地址(不允許使用郵箱):				
城市:	州:	郵政編碼:		
郵件地址(僅在與永久住宅地址不同時):				
街道地址:	城市:	州:	郵政編碼:	
緊急聯絡人:	電話號碼	與您的關係:		
電子郵件地址:				

**請提供您的聯邦醫療保險信息**

請拿出您的聯邦醫療保險卡完成本部分。

- 請填寫這些空白,這樣它們就可以與您的紅色、白色和藍色聯邦醫療保險卡匹配 - 或 -
- 請附加聯邦醫療保險卡副本或來自社會保障局或鐵路職工退休委員會的介紹信。

您必須擁有聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分才能參加聯邦醫療保險優勢計劃。

 <p><b>MEDICARE HEALTH INSURANCE</b></p> <p>僅供示範</p>	
名稱: _____	性別 _____
聯邦醫療保險理賠編號 _____	_____
授權至 _____	生效日期 _____
<b>醫院 (A 部分)</b> _____	
<b>醫療 (B 部分)</b> _____	

## 支付計劃保險費

您可以通過郵件或電子資金轉帳 (EFT) 支付每月的計劃保險費（包括任何需支付或可能拖欠的逾期登記罰款），也可以選擇每月從您的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利單中自動扣除保險費。

如果被評估為 D 部分 - 按收入每月調整數額，社會保障局將另行通知。除了計劃保險費，您還需要支付這筆額外保險費。額外保險費將從您的社保福利單中扣除，或者直接收到聯邦醫療保險或 RRB 簽發的帳單。無需支付 D 部分-IRMAA。

收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費額外補助。如果符合，聯邦醫療保險可以為您支付 75% 或更多的藥費（包括每月的處方藥保險費、每年的自付額以及共同保險）。此外，符合條件的人士將不受承保缺口或逾期登記罰款的限制。許多人符合條件可以節省這些費用，但他們自己并不知道。有關該額外補助的更多信息，請聯繫當地的社會保障辦公室或致電社會保障局 (1-800-772-1213)。聽覺及語言有障 (TTY) 人士可致電 1-800-325-0778。您也可以通過 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp) 在綫獲得額外補助。

如果您符合獲得聯邦醫療保險承保處方藥費額外補助的條件，聯邦醫療保險將為您支付全部或部分計劃保險費。如果聯邦醫療保險只支付部分保險費，我們將為您開具聯邦醫療保險未覆蓋保險費的帳單。

如果沒有選擇付款選項，您將收到一張月度帳單。

### 請選擇一個保險費付款選項：

獲取帳單

使用銀行帳戶每月進行一次電子資金轉帳 (EFT)。請附帶 VOIDED 支票或提供以下信息：

帳戶持有者姓名： \_\_\_\_\_

銀行編號： \_\_\_\_\_ 銀行帳號： \_\_\_\_\_

帳戶類型：  核算  節省

從每月的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利單中自動扣除。（社保局/RRB 扣除可能要在社保局或 RRB 批准之後兩個月或更長時間后才執行。在大多數情況下，如果社保局或 RRB 接受了您的自動扣除請求，從社保局或 RRB 福利單的首次扣除將包括自參保生效日期到扣除開始日期以來的所有保險費。如果社保局或 RRB 未批准您的自動扣除請求，我們將給您發送一張每月保險費帳單）。

### 請閱讀并回答以下重要問題：

1. 您是否患有晚期腎病 (ESRD)?  是  否

如果您已經進行了成功的腎臟移植和/或不再需要定期透析，請附加醫生開具的顯示您已經進行了成功的腎臟移植或不需要透析的函件或記錄，否則我們可能需要聯繫您以獲得其它信息。

2. 某些人士可能參加了其它藥物保險，包括其它私營保險、TRICARE、聯邦員工健康福利保險、VA 福利或州配藥補助計劃。

除了東華耆英計劃與東華智選計劃，您是否還參加了其它處方藥保險？  是  否

如果“是”，請列出您的其它保險和該保險的標識 (ID) 號碼：

其它保險的名稱： \_\_\_\_\_ 該保險的 ID 編號： \_\_\_\_\_ 該保險的公司編號 \_\_\_\_\_

3. 您是否住在諸如療養院之類的長期護理設施內？  是  否

如果“是”，請提供以下信息：

機構名稱： \_\_\_\_\_

機構地址和電話號碼（號碼和街道）： \_\_\_\_\_

4. 您是否參加了州醫療補助計劃？  是  否

如果“是”，請提供您的醫療補助編號： \_\_\_\_\_

東華智選(HMO SNP)計劃的申請人必須享有全免加州醫療補助。入會時會核實您的資格。

5. 您或您的配偶是否有工作？  是  否

請選擇主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的名稱： \_\_\_\_\_

如果您希望我們使用英語以外的其它語言或使用其它格式發送信息，請勾選以下方框之一：

西班牙文

大號字體印刷版

如果您需要以上所列之外的其它格式或語言的信息，請致電 415-955-8800 聯繫華人保健計劃。我們的辦公時間是一週七天，上午 8 點至下午 8 點。聽覺及語言有障(TTY)人士可致電 1-877-681-8898。



**請閱讀以下重要信息**

**如果您目前已經擁有僱主或工會提供的健康保險，參加東華耆英計劃與東華智選計劃會影響您的僱主或工會健康福利。如果參加東華耆英計劃與東華智選計劃，您會失去僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會發送給您的消息。如有問題，請訪問他們的網站，或者聯繫消息中列出的辦公室。如果沒有有關聯繫人的信息，您的福利管理員或回答和保險有關問題的辦公室可以幫助您。**

**請閱讀并簽署以下條款**

註：以下‘該計劃’是指您在申請表第一頁選擇的計劃。

**通過完成此參保申請表，我同意以下條款：**

該計劃是聯邦醫療保險優勢計劃，並且與聯邦政府簽有合同。我需要保留我的聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分。我一次只能參加一項聯邦醫療保險優勢計劃，我知道參加該計劃將自動終止其它聯邦醫療保險

保健計劃或處方藥計劃。我有責任通知您我擁有的或以後可能獲得的任何處方藥保險。參保該計劃通常期限為一年。一旦參保，如果參保期限有效，我只能在該年的特定時間或在某些特殊情況下退出計劃或進行更改（例如：每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日）。

該計劃服務于特定服務領域。如果我離開該計劃的服務區域，需要通知該計劃，這樣我就可以退保并在新區域內尋找新計劃。一旦成為該計劃的成員，如果有異議，我有權上訴和付款或服務有關的計劃決定。當獲得該計劃提供的承保證明書文檔時，我會仔細閱讀，以便瞭解必須遵守哪些規則才能參加該聯邦醫療保險優勢計劃保險。我知道當擁有聯邦醫療保險的人士處於美國以外的地方（除了美國邊界附近的有限承保之外）時，聯邦醫療保險通常不會再對其負責。

我知道從該計劃保險生效之日開始，我可以從該計劃獲得除緊急醫療、緊急需要的服務或區域外透析服務之外的所有醫療保健。我們將承保該計劃授權的服務以及該計劃承保證明書文檔（也稱為會員合同或訂戶協議）中包括的其它服務。如果沒有授權，則聯邦醫療保險或該計劃不會為該服務付款。

我知道如果從銷售代理、代理商或其他受華人保健計劃僱傭或與華人保健計劃簽有合同的個人處獲得幫助時，他/她會基於我的該計劃參保得到一筆付款。

**信息的公開：** 參加該聯邦醫療保險保健計劃即表示我認可華人保健計劃可以為了治療、付款和醫療保健操作需要而向聯邦醫療保險和其它計劃公開我的信息。我也認可華人保健計劃可以向聯邦醫療保險（它將為了研究和遵守所有適用聯邦法令和法規的其它目的而公開我的信息）公開我的信息包括我的處方藥事件數據。本參保表格中的信息都是真實的。我知道如果試圖在本表格中提供虛假信息，將被勒令退出該計劃。

我知道該申請表上我的簽名（或者根據所居住州的法律授權代表我行使權力人員的簽名）表示我已經閱讀并瞭解了申請表中的內容。如果是經過授權的個人（如上所述）簽名，則該簽名證明以下兩點：1) 該人員根據州法律獲得授權，可完成此項參保，以及 2) 可向聯邦醫療保險索取該授權文檔。

簽名：

今日日期：

如果是經過授權的代表，您必須簽署以上條款并提供以下信息：

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

與參保人的關係 \_\_\_\_\_

**僅限辦公室使用：**

職員/代理/代理商的姓名（如果協助參保）： \_\_\_\_\_

計劃 ID 編號： \_\_\_\_\_

承保生效日期： \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (類型): \_\_\_\_\_ 不符合條件: \_\_\_\_\_

SEP: U-Dual Eligible/LIS \_\_\_\_\_ V-Permanent Move \_\_\_\_\_ W-EGHP \_\_\_\_\_ S-Other \_\_\_\_\_

Member ID#: \_\_\_\_\_