

Medicare Advantage 計畫 (C 部份) 個人參保申請表



此表格適用於什麼人士？

適用於享有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 計畫或 Medicare 處方藥計畫的人士

若要加入一項計畫，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在計畫的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage 計畫，您必須同時擁有：

- Medicare A 部份 (住院保險)
- Medicare B 部份 (醫療保險)

我需要在何時使用此表格？

您可以加入一項計畫時：

- 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日之間 (保險生效時間為次年 1 月 1 日)
- 首次參保 Medicare 的 3 個月內
- 在某些情況下，您可以加入或更換計畫

請瀏覽 Medicare.gov 瞭解您在可以註冊加入一項計畫時的更多資訊。

我需要為填寫此表格準備什麼？

- 您的 Medicare 號碼 (您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久居住地址和電話號碼

註：您必須填寫第 1 部份的所有項目。您可自願選擇是否填寫第 2 部份的項目，即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-NEW。完成此資訊所需的時間預計平均為 20 分鐘 (每次回應)，包含瀏覽說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要提示：請勿將此表格或帶有您個人資訊的任何填寫項目 (如賠付要求、付款、醫療記錄等) 郵寄到 PRA Reports Clearance Office。我們將銷毀與改善此表格或其收集負擔無關的任何項目 (如 OMB 0938-1378 中所述)。對於這些項目，我們不會保留、審查或將其轉寄至計畫。請參見此頁面中的「接下來會怎樣？」以將填妥的表格郵寄至計畫。

在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期 (10 月 15 日 – 12 月 7 日) 加入一項計畫，則該計畫必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
- 您的計畫將向您發出該計畫保費的賬單。您可以選擇進行註冊，以便從您的銀行賬戶或您的每月社會保障局 (或鐵路退休委員會) 福利金中扣繳您的保費。

接下來會如何？

將填妥並已簽名的表格郵寄至：

Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91499-6208

他們在處理完您加入本計畫的申請便會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 Health Net，電話：1-800-977-6738。聽障人士可致電 711。

或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a Health Net al 1-800-977-6738 (TTY: 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.



第 1 部份 – 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）

選擇您想要加入的計畫：

Health Net Gold Select (HMO)² H0562 – 包含處方藥保險

- 125**： 加州 Los Angeles 和 Orange 郡 每月 \$0
- 126**： 加州 Riverside 和 San Bernardino 郡 每月 \$0

Health Net Sapphire Premier (HMO)² H3561 – 包含處方藥保險

- 002**： 加州 Alameda、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡 每月 \$25.40
- 004**： 加州 Imperial、Riverside 和 San Bernardino 郡 每月 \$22.90

Health Net Sapphire Premier II (HMO)² H3561 – 包含處方藥保險

- 005**： 加州 Alameda、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡 每月 \$26.70
- 006**： 加州 Imperial、Riverside 和 San Bernardino 郡 每月 \$23.90

Health Net Ruby (HMO) H0562 – 包含處方藥保險

- 079**： 加州 Kern 郡 每月 \$0

Health Net Ruby Select (HMO)² H0562 – 包含處方藥保險

- 097**： 加州 San Francisco 郡 每月 \$0
- 112**： 加州 Fresno 郡 每月 \$0
- 113**： 加州 Alameda 郡 每月 \$0

Health Net Ruby Select (HMO) H0562 – 包含處方藥保險

- 103**： 加州 Yolo 郡 每月 \$0
- 124**： 加州 Placer 和 Sacramento 郡 每月 \$0

Health Net Ruby (HMO)² H0562 – 包含處方藥保險

- 120**： 加州 Santa Clara 和 Stanislaus 郡 每月 \$0

¹您必須符合特定參保標準才能參保此計畫。

²此計畫不提供可選補充福利組合。

*實際保費根據低收入補貼情況而定。



第 1 部份 – 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）

選擇您想要加入的計畫：

Health Net Healthy Heart (HMO) H0562 – 包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 009 | 加州 San Francisco 郡 | 每月 \$125 |
| <input type="checkbox"/> 012 | 加州 San Diego 郡 | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> 039 | 加州 Yolo 郡 | 每月 \$99 |
| <input type="checkbox"/> 068 | 加州 Alameda 和 Stanislaus 郡 | 每月 \$125 |
| <input type="checkbox"/> 084 | 加州 Placer 和 Sacramento 郡 | 每月 \$167 |
| <input type="checkbox"/> 090 | 加州 Fresno 郡 | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> 119 | 加州 Imperial 郡 | 每月 \$30 |
| <input type="checkbox"/> 123 | 加州 Los Angeles、Orange、Riverside 和 San Bernardino 郡 | 每月 \$17 |

Health Net Jade (HMO C-SNP)^{1,2} H0562 – 包含處方藥保險/心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 092 | 加州 Kern、Los Angeles 和 Orange 郡 | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> 118 | 加州 Fresno 和 San Francisco 郡 | 每月 \$0 |

Health Net Jade (HMO C-SNP)¹ H0562 – 包含處方藥保險/心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病

- | | | |
|------------------------------|----------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 114 | 加州 San Diego 郡 | 每月 \$0 |
|------------------------------|----------------|--------|

Health Net Amber I (HMO D-SNP)^{1,2} H0562 – 包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 055 | 加州 Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡 | 每月 \$0-\$27.80* |
|------------------------------|---|-----------------|

Health Net Amber II (HMO D-SNP)^{1,2} H0562 – 包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 121 | 加州 Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡 | 每月 \$0-\$26.60* |
|------------------------------|---|-----------------|

Health Net Sapphire (HMO)² H0562 – 包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> 122 | 加州 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara、Stanislaus 郡 | 每月 \$28.50 |
|------------------------------|--|------------|

Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP)^{1,2} H3561 – 包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 001 | 加州 Fresno 和 Sacramento 郡 | 每月 \$0-\$20.20* |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|

Health Net Green (HMO) H0562 – 不包含處方藥保險

- | | | |
|------------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 044 | 加州 Alameda、Los Angeles、Placer、Riverside、Sacramento、San Bernardino 和 Stanislaus 郡 | 每月 \$0 |
|------------------------------|--|--------|

¹您必須符合特定參保標準才能參保此計畫。

²此計畫不提供可選補充福利組合。

*實際保費根據低收入補貼情況而定。



以下為各項可選補充福利（需額外繳納月繳保費）

計畫名稱	可選補充福利
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 012、090、119 Health Net Ruby Select (HMO) - H0562 - 103、124 Health Net Ruby (HMO) - H0562 - 079 Health Net Jade (HMO C-SNP) - H0562 - 114	選擇一個： <input type="checkbox"/> Health Net Enhanced Dental 每月 \$9 <input type="checkbox"/> Health Net Enhanced Dental FLEX 每月 \$25
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 123	選擇一個： <input type="checkbox"/> Health Net Enhanced Dental & Vision 每月 \$15 <input type="checkbox"/> Health Net Enhanced Dental & Vision FLEX 每月 \$32
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 039	<input type="checkbox"/> Health Net Essentials 每月 \$10
Health Net Green (HMO) - H0562 - 044	<input type="checkbox"/> Health Net Enhanced Dental FLEX 每月 \$25
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 068	選擇一個： <input type="checkbox"/> Health Net Total Fit plus 每月 \$20 <input type="checkbox"/> Health Net Total Fitness FLEX 每月 \$35
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 084	<input type="checkbox"/> Health Net Fit 每月 \$12
Health Net Healthy Heart (HMO) - H0562 - 009	<input type="checkbox"/> Health Net Fit Plus 每月 \$41

月繳計畫保費金額（包括可選補充福利組合的保費金額）

\$

申請生效日期

月 月 日 日 年 年 年 年



第 1 部份 – 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）

名	姓	選填： 中間名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

出生日期	性別	電話號碼
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
月 月 日 日 年 年 年 年		

永久居住街道地址（不可填寫郵政信箱號）

城市	選填：郡	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

郵寄地址，如與您的永久居住地址不同（可填寫郵政信箱號）
街道地址

城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼	有權享有：	生效日期
<input type="text"/>	住院保險（A 部份）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		月 月 日 日 年 年 年 年
	醫療保險（B 部份）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		月 月 日 日 年 年 年 年

您必須擁有 Medicare A 部份及 B 部份，才能參加 Medicare Advantage 計劃。

請回答以下重要問題：

1. 除 Health Net 以外，您是否還會參保其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保險的名稱

用於該保險的會員號碼

用於該保險的團體號碼

2. 您是否有心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和/或糖尿病？

是 否



重要提示：閱讀並簽署以下內容：

- 我必須保留住院保險（A 部份）和醫療保險（B 部份）才能繼續參保 Health Net。
- 加入此 Medicare Advantage 計畫或 Medicare 處方藥計畫，即表示我承認 Health Net 將與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參見下文的《隱私法聲明》）。
- 您對此表格的回應是自願的。但如果您不回應，可能會影響您參保此計畫。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被計畫退保。
- 我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。
- 我瞭解，當我的 Health Net 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 Health Net 取得。Health Net 提供及 Health Net 「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和 Health Net 均不會支付相關費用。
- 我瞭解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：
 - 1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且
 - 2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。

今日日期

月	月	日	日	年	年	年	年

簽名

若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊：

姓名

--

地址

--

電話號碼

	-		-	
--	---	--	---	--

與參保者關係

--



第 2 部份 – 此頁所有欄位均為選填項

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

若您希望我們給您寄送非英文版的資訊，請選擇以下的一個方塊。

西班牙語 中文

若您希望我們給您寄送無障礙格式的資訊，請選擇以下的一個方塊。

盲文 大字印刷版 音訊 CD

如果您需要以上所列之外的其他無障礙格式的資訊，請聯絡 **Health Net**，電話：1-800-275-4737 (HMO)，1-800-431-9007 (HMO SNP)。服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。4 月 1 日至 9 月 30 日，上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。聽障人士可致電 711。

1. 您是否在工作？ 是 否

2. 您的配偶是否在工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我想透過電子郵件獲取以下資料。

選擇一項或多項。

承保範圍說明書 (EOC)

給我傳送可於線上獲取福利材料的連結

電子郵件地址：



支付您的計畫保費

您可以每月透過郵寄、「電子資金轉賬 (EFT)」、「信用卡」來支付您的月繳計畫保費（包括您當前已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

如您需支付 D 部份按收入每月調整保費 (D 部份-IRMAA)，除了計畫保費，您還必須繳納這筆額外金額。這筆金額通常從您的社會保障局福利金中扣除，或者您可能收到 Medicare (或 RRB) 發出的一份賬單。請勿向 Health Net 支付 D 部份 IRMAA。

如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇一項保費付款方式：

收取帳單

每月自動從您的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票帳戶中扣繳。我透過以下來源獲得每月福利： 社會保障局 RRB

（扣繳可能需要在社會保障局或 RRB 批准後二個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保障局或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從參保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄每月保費的紙本賬單給您。）

隱私法聲明：Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計畫收集資訊以跟進受益人參保 Medicare Advantage (MA) 或處方藥計畫 (PDP)、改善護理和支付 Medicare 福利等事宜。《社會保障法》第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條、第 422.60 條、第 423.30 條和第 423.32 條均授權收集此類資訊。CMS 可根據系統記錄通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。您對此表格的回應是自願的。但如果您不回應，可能會影響您參保此計畫。



OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: Effective date of coverage:
M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (type): Not eligible

Health Net sales representative/Authorized agent

(individual sales representative/agent who completed the application)

Agent type (select one): Authorized agent Health Net employee

Complete section below:

Sales rep/Agent name Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation: (if applicable) Agent ID#:

This information must match your approved Health Net licensing records.

Agent phone #: - -

Email **Agency/FMO phone # (if applicable)** - -

Sales representative/authorized agent application receipt date:
(Applications must be received at Health Net within 1 calendar day of this date.)
M M D D Y Y Y Y

Application receipt location: Appointment Sales event Walk-in
 Other (specify):

Provider information for HMO plans:

PCP name: PCP NPI:

PPG name: PPG ID:

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No
Current patient? Yes No

Broker Application Submissions: Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.



通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare 。
- 我已參保 Medicare Advantage 計畫，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計畫。
- 我最近搬離了現有計畫的服務區域，或者我剛搬家，而這項計畫對我來說是新的選項。我搬遷的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近剛被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近剛獲得美國合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我的 Medicaid 最近發生了變化（剛開始參保 Medicaid、Medicaid 援助等級發生變化或喪失 Medicaid 資格），日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 最近我的 Medicare 處方藥保險額外補助狀態有所改變（新近獲得額外補助、在額外補助的等級上有所變更、或是失去額外補助），日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或者我所居住的州協助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近退出了 PACE 計畫，退出日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。我喪失藥物保險的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我將要退出雇主或工會保險，退出日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計畫承保。
- 我的計畫即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計畫的合約。



我已參保 **Medicare**（或我所居住的州）的一個計畫，但我想選擇其他計畫。我已參保計畫的生效日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年

我參加了特殊需求計畫 (**SNP**)，但我失去了保留該計畫所需要的特殊需求資格。我被 **SNP** 退保的日期是（填入日期）。

月	月	日	日	年	年	年	年

我曾受到與氣候相關的緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [**FEMA**] 發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。

若以上陳述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 **Health Net**，電話：**1-800-977-6738**（聽障人士應致電 **711**），以瞭解您是否符合參保資格。**10 月 1 日至 3 月 31 日**：您可在上午 **8 點** 至晚上 **8 點** 與我們聯絡，每週 **7 天**。**4 月 1 日至 9 月 30 日**：您可在週一至週五的上午 **8 點** 至晚上 **8 點** 與我們聯絡。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。

您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。但對於完全符合雙重資格的受益人，只要您的 Medicaid 資格保持不變，所在州將支付您的 B 部分保費。

Health Net 與 Medicare 簽有提供 HMO、HMO C-SNP 和 HMO D-SNP 計畫的合約，同時也與部份州 Medicaid 計畫簽有合約。能否在 Health Net 註冊參保視合約續簽情況而定。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-977-6738 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 **1-800-977-6738**（聽障電話：**711**）。

FRM042542CK00 (8/20)



