

# 個人投保申請表適用於 CareOregon Advantage HMO-POS D-SNP (包含 D 部分處方藥保險的 Medicare Advantage Plan)

## 哪些人可以使用本表格？

擁有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage Plan 或 Medicare 處方藥計劃的人士。

## 如欲加入某項計劃，您必須：

- 具備美國公民或美國合法居民身分。
- 居住在本計劃的服務區域。

**重要資訊：**如欲加入 Medicare Advantage Plan，您必須同時擁有：

- Medicare A 部分 (醫院保險)
- Medicare B 部分 (醫療保險)

## 我何時可以使用本表格？

您可在下列時間加入計劃：

- 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日期間 (保險從 1 月 1 日開始生效)。
- 首次取得 Medicare 後的 3 個月內。
- 您獲得允許可加入或轉換計劃的某些情況。

請造訪 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 以進一步瞭解您何時可以註冊參加計劃。

## 填寫本表格需要準備哪些資訊？

- 您的 Medicare 號碼 (列在您紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

**註：**您必須填妥第 2 頁至第 6 頁的所有項目。第 3、4 及 5 頁的項目為選填 — 您不會因為沒有填寫這些項目而遭到拒保。

## 提醒事項：

- 如果您想在秋季開放投保期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 的期間加入計劃，計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。

## 接下來的流程為何？

在您填妥本表格所有的必填頁面之後，請簽名並將表格寄送至：

CareOregon Advantage  
315 SW Fifth Ave  
Portland, OR 97204

在我們處理您的加入申請之後，我們將會與您聯絡。

## 我該如何取得與本表格有關的協助？

請致電 888-712-3258 與 CareOregon Advantage 聯絡。聽障專線使用者請致電 711。

或請致電 800-MEDICARE (800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。聽障專線使用者請致電 877-486-2048。

**En español:** Llame a CareOregon Advantage al 888-712-3258 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 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住所，您可使用郵政信箱、庇護所或診所的地址，或是您可以接收郵件 (例如：社會安全福利支票) 的地址作為您的永久居住地址。

# 如欲投保 CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP，請提供下列資訊

(除非標有「\*」，否則本頁的所有欄位均為必填)

姓氏：		名字：		中間名縮寫：	
出生日期： (月月/日日/年年年年) / /		性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		電話號碼： ( )	
*其他電話號碼： ( )		永久住所街道地址：			
城市：		*郡縣：		州：	
郵遞區號：		通訊地址 (如與永久地址不同，可填寫郵政信箱)：			

## 您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼： \_\_\_\_\_ \*生效日期： \_\_\_\_\_ \*生效日期： \_\_\_\_\_  
A 部分 \_\_\_\_\_ B 部分 \_\_\_\_\_

## 請回答下列重要問題：

除了 CareOregon Advantage Plus 之外，您是否將會有其他的處方藥保險 (如 Veterans Affairs [VA，退伍軍人事務部] 提供的保險、TRICARE) ？

是  否 如回答「是」，請列出其他保險： \_\_\_\_\_

該保險的會員號碼： \_\_\_\_\_ 該保險的團體號碼： \_\_\_\_\_

您是否有投保州政府 Medicaid (Oregon Health Plan [俄勒岡州健康計劃]) 計劃？

是  否 如回答「是」，請提供您的 Medicaid (Oregon Health Plan) 號碼： \_\_\_\_\_

## 本部分的所有欄位均為選填

請多告訴我們一點與您有關的資訊。您可自行選擇是否要回答下列問題。您不會因為沒有填寫這些問題而遭到拒保。您所分享的任何資訊將僅會用於協助我們瞭解有哪些人加入計劃，以達到減少某些族群不平等現象的目的。

**重要資訊！請選擇您基本保健醫生 (Primary Care Physician, PCP)、診所或健康中心的姓名／名稱：**

PCP 名字和姓氏：\_\_\_\_\_

PCP 診所地點：\_\_\_\_\_

診所名稱：\_\_\_\_\_

複診患者：是 否

**您是否有西語裔、拉丁裔男性／拉丁裔女性或西班牙的血統嗎？請選擇所有適用選項。**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 否，沒有西語裔、拉丁裔男性／拉丁裔女性或西班牙的血統  | <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人       |
| <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾男性／奇卡諾女性  | <input type="checkbox"/> 是，古巴人         |
| <input type="checkbox"/> 是，有其他西語裔、拉丁裔男性／拉丁裔女性或西班牙的血統 | <input type="checkbox"/> <b>我選擇不作答</b> |

**偏好使用的名字：**

**偏好使用的姓氏：**

**您偏好使用的代名詞是什麼？**

- |                                   |                                   |                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他、他的、他自己 | <input type="checkbox"/> 她、她的、她自己 | <input type="checkbox"/> 他們、他們的、他們自己的 |
| <input type="checkbox"/> 其他代名詞    | <input type="checkbox"/> 未知的代名詞   |                                       |

**您的性別認同是什麼？**

- |                                |                                |                                 |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 跨性別女性 | <input type="checkbox"/> 跨性別男性 | <input type="checkbox"/> 非二元性別者 |                                   |
| <input type="checkbox"/> 男性    | <input type="checkbox"/> 女性    | <input type="checkbox"/> 其他     | <input type="checkbox"/> 我不想揭露此資訊 |

**您的種族是什麼？請選擇所有適用選項。**

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 華裔       | <input type="checkbox"/> 日本人           |
| <input type="checkbox"/> 其他亞洲人          | <input type="checkbox"/> 越南人      | <input type="checkbox"/> 印度人           |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓人           | <input type="checkbox"/> 韓國人      | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民       |
| <input type="checkbox"/> 白人             | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人      |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民         | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人     | <input type="checkbox"/> <b>我選擇不作答</b> |

**如果您想獲得英文以外之其他語言版本的書面溝通聯絡資訊，請勾選以下其中一個方框：**

- |                              |                                     |                               |                               |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 俄文  | <input type="checkbox"/> 簡體中文       | <input type="checkbox"/> 繁體中文 | <input type="checkbox"/> 西班牙文 |
| <input type="checkbox"/> 越南文 | <input type="checkbox"/> 其他語言：_____ |                               |                               |

**您想使用什麼語言進行口頭溝通？**

如果您想使用英文以外的其他語言進行口頭溝通，請勾選以下其中一個方框：

**您是否想以其他格式收到我們所提供的資訊？**

- |                              |                              |                                |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大字版 | <input type="checkbox"/> 盲文版 | <input type="checkbox"/> 語音 CD |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|

如果您需要其他格式的資訊，請致電 503-416-4279 與 CareOregon Advantage 聯絡，或者致電免費電話 888-712-3258、聽障專線 711。從 10 月 1 日起至隔年 3 月 30 日止，我們辦公室的服務時間為每天上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，我們辦公室的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

您是否有工作？  是  否 您的配偶是否有工作？  是  否

### 電子溝通聯絡同意書

本人希望 CareOregon Advantage 及代表其工作的其他人士透過電子方式寄送資訊給本人。本人准許 CareOregon Advantage 寄送資訊和／或資料給本人，其中包括但不限於提醒通知、必要資料以及健康相關福利資訊。CareOregon Advantage 可透過電子郵件、自動簡訊和／或電話與本人聯絡。本人瞭解，簡訊和數據費率適用。本人瞭解，本人可致電上列電話號碼與 CareOregon Advantage 聯絡，以隨時選擇退出電子溝通聯絡。

本人的電子郵件地址：\_\_\_\_\_

本人的手機號碼：\_\_\_\_\_

### 投保期使用資格證明

一般而言，您可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度投保期投保 Medicare Advantage 計劃。但有一些例外情況可能可讓您在上述期間以外的時間投保 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀下列聲明並勾選適用於您的方框。勾選下列任何方框即代表您證明，就您所知，您符合使用投保期的資格。如果我們之後判定該資訊有誤，您可能會遭到退保。

- 我剛投保 Medicare。
- 我投保了一項 Medicare Advantage 計劃且我想在 Medicare Advantage 開放投保期 (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) 的期間更換計劃。
- 我最近剛搬離我目前計劃的服務區域，或者我最近剛搬家且本計劃是我的新選項。我的搬家日期是 (請插入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近剛出獄。我的出獄日期是 (請插入日期) \_\_\_\_\_。
- 我在長久居住於美國境外之後最近剛返回美國。我返回美國的日期是 (請插入日期) \_\_\_\_\_。
- 我最近剛取得美國合法居民身分。我取得此身分的日期是 (請插入日期) \_\_\_\_\_。
- 我的 Medicaid 最近剛發生變更 (剛取得 Medicaid、Medicaid 補助金額發生變更或喪失 Medicaid)，變更日期是 (請插入日期) \_\_\_\_\_。
- 我用於支付 Medicare 處方藥保險費用的額外補助最近剛發生變更 (剛取得額外補助、額外補助金額發生變更或喪失額外補助)，變更日期是 (insert date) \_\_\_\_\_。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid (或者州政府協助支付我的 Medicare 保費)，或者我獲得額外補助以支付我的 Medicare 處方藥保險費用，但我的情況沒有發生變更。

## 投保期使用資格證明 — 續前文

- 我即將搬進、目前住在或者最近剛搬離長期照護機構（例如：療養院或長期機構）。我已經／即將搬進／搬離該機構，日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我最近剛退出 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE，老年人全方位照護) 計劃，日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我最近在非自願的情況下喪失我的可替代處方藥保險（承保範圍與 Medicare 相當的保險）。我喪失藥物保險的日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我即將退出雇主或工會保險，日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我參加州政府所提供的藥房補助計劃。
- 我的計劃即將終止其與 Medicare 所簽訂的合約，或者 Medicare 即將終止其與我計劃所簽訂的合約。
- 我投保了一項由 Medicare（或州政府）所提供的計劃且我想選擇其他計劃。我投保該計劃的生效日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我投保了一項 Special Needs Plan (SNP，特殊需求計劃)，但我已喪失參加該計劃所需的特殊需求資格。我從 Special Needs Plan (SNP，特殊需求計劃) 退保的日期是（請插入日期）\_\_\_\_\_。
- 我因氣候相關的緊急狀態或重大災害而受到影響（如 Federal Emergency Management Agency [FEMA，聯邦緊急事務管理署] 所宣布）。此處所述的另外一項聲明適用於我，但我因為天然災害而無法進行投保。

如果上述陳述均不適用於您，或者您不確定，請致電 503-416-4279 與 CareOregon Advantage 聯絡或致電免費電話 888-712-3258、聽障專線 711 以查看您是否符合投保資格。從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，我們的服務時間為每天上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，我們的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

**隱私法案聲明** Medicare & Medicaid Services (CMS，Medicare 與 Medicaid 服務中心) 透過 Medicare 計劃收集資訊，以追蹤受益人投保 Medicare Advantage (MA) 或 Prescription Drug Plans (PDP，處方藥計劃) 的狀況、改善照護並給付 Medicare 福利。Social Security Act (社會安全法) 第 1851 和 1860D-1 節以及 Code of Federal Regulations (CFR，聯邦規則彙編) 第 422.50、422.60、423.30 及 423.32 節授權此類資訊的收集。CMS 可按照 System of Records Notice (SORN，紀錄系統通知) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」系統編號 09-70-0588 中的規定使用、披露及交換透過 Medicare 受益人所獲得的投保資料。您回覆本表格是屬於自願性質。但未回覆本表格可能會影響您投保本計劃。

### CareOregon Advantage Plan Use Only

Agent/Broker Name (if assisted with Enrollment): \_\_\_\_\_

Writing #: \_\_\_\_\_ Agent Received Date: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP  AEP  MAOEP  SEP (type): \_\_\_\_\_

## 重要資訊：請閱讀並在下方簽名：

- 本人必須同時保有 A 部分和 B 部分才能留在 CareOregon Advantage 中。
- **資訊公開：**加入此 Medicare Advantage Plan 即代表本人瞭解，若為治療、給付及醫療保健作業所需，本計劃將會向 Medicare 及其他計劃公開本人的資訊。本人也瞭解，CareOregon Advantage 將會向 Medicare 公開本人的資訊（包括本人的處方藥領取資料），而 Medicare 可能會公開這些資訊以用於研究和其他用途，但其會遵守所有適用的聯邦法律和法規。您回覆本表格是屬於自願性質。但未回覆本表格可能會影響本計劃的投保。
- 本人瞭解，本人一次只能投保一項 MA 或 D 部分計劃，且投保本計劃將會使本人所投保的其他 MA 或 D 部分計劃自動終止（例外情況適用於 MA PFFS、MA MSA 計劃）。
- 就本人所知，本投保申請表中的資訊均正確無誤。本人瞭解，如果本人蓄意在本表格中提供不實資訊，本人將會遭到本計劃退保。
- 本人瞭解，擁有 Medicare 的人士在國外期間通常無法獲得 Medicare 的承保，但在美國邊境附近所提供的有限承保除外。
- 本人瞭解，在本人的 CareOregon Advantage 保險開始生效後，本人必須透過 CareOregon Advantage 取得本人所有的醫療和處方藥福利。獲得 CareOregon Advantage 授權且包含在 CareOregon Advantage 《承保範圍說明書》文件（又稱為會員合約或投保人協議）中的福利和服務將會獲得承保。**若沒有獲得授權，Medicare 和 CareOregon Advantage 均不會給付福利或服務。**
- 本人瞭解，本人（或是代本人行事的法定授權人士）在本申請表上簽名即代表本人已閱讀並瞭解本申請表的內容。若是由授權代表（如上所述）簽名，此簽名證明：
  - 1) 此人士已獲得州法律授權，得以填寫本投保申請表；且
  - 2) 本人可應 Medicare 要求提供此項授權的證明文件。

簽名：\_\_\_\_\_ 今天日期：\_\_\_\_\_

如果您是授權代表，請在上方簽名並填寫下列欄位：

姓名：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

與投保人的關係：\_\_\_\_\_