

个人参保申请表 (适用于 CareOregon Advantage HMO-POS D-SNP, 一项包含 D 部分处方药承保的 Medicare Advantage 计划)

谁可以使用此表格?

拥有 Medicare 且想要加入 Medicare Advantage 计划或 Medicare 处方药计划的人。

如需加入计划, 您必须:

- 是美国公民, 或在美国合法居留。
- 居住在计划的服务区域内。

重要信息: 如需加入 Medicare Advantage 计划, 您还必须同时拥有:

- Medicare A 部分 (住院保险)
- Medicare B 部分 (医疗保险)

我什么时候使用此表格?

您可以在以下时间加入计划:

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间 (承保从 1 月 1 日开始生效)。
- 首次获得 Medicare 后的 3 个月内。
- 在某些情况下, 在您可以加入或转换计划。

请浏览网站 **medicare.gov**, 以了解有关何时可以报名加入计划的更多信息。

填写此表格需要提供什么信息?

- 您的 Medicare 号码 (Medicare 红卡、白卡、蓝卡上的号码)
- 您的永久地址和电话号码

注: 您必须填写第 2 页和第 6 页上的所有项。第 3 页、第 4 页和第 5 页上的项目为选填项, 您不会因为不填写这些项目而被拒绝承保。

提醒:

- 如果您想在秋季开放参保期间 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入某个计划, 该计划必须在 12 月 7 日之前收到您填妥的申请表。

下一步是什么?

在您已填写此申请表的所有必填页后, 请在表格上签名并将表格发送给:

CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

在我们处理了您的加入申请后, 我们将会与您联系。

我如何获得有关填写此申请表方面的帮助?

请拨打 CareOregon Advantage 电话 888-712-3258。TTY 用户可以拨打 711。

或者拨打 Medicare 电话 800-MEDICARE (800-633-4227)。TTY 用户可以拨打 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.

无家可归的人

- 如果您想加入某个计划但没有永久居所, 邮政信箱、收容所或诊所地址或您接收邮件 (例如社会保障支票) 的地址可被视为您的永久居住地址。

如需参保 CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP， 请提供以下信息

(除非标记“*”，否则此页上的所有字段均为必填字段)

姓氏: _____ 名字: 中间名首字母: _____			
出生日期: (月月/日日/年年年年) / /	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	电话号码: ()	*备用电话号码: ()
永久居所街道地址:			
城市:	*郡:	州:	邮政编码:
邮寄地址 (如果与您的永久地址不同, 允许使用邮政信箱):			

您的 Medicare 信息:

Medicare 号码: _____ *生效日期: _____ *生效日期: _____
A 部分 _____ B 部分 _____

回答这些重要问题:

除 CareOregon Advantage Plus 之外, 您是否还有其他处方药承保 (例如 VA、TRICARE) ?

是 否 如果是, 其他承保的名称: _____

加入此承保的会员号码: _____ 加入此承保的团体号码: _____

您是否参保州 Medicaid 计划 (俄勒冈州健康计划) ?

是 否 如果是, 请提供您的 Medicaid (俄勒冈州健康计划) 号码: _____

本章节的所有字段均为选填字段

请告诉我们更多有关您自己的信息。回答这些问题的选择权在于您。您不会因为填写而被拒绝承保。您分享的任何信息仅将被用于帮助我们了解谁加入计划，旨在减少某些群体遭遇的不平等现象。

重要信息！请选择您的初级保健医生 (PCP) 姓名、诊所或健康中心的名称：

PCP 姓名： _____

PCP 诊所地点： _____

诊所名称： _____

旧患者： 是 否

您是否为西班牙裔、拉丁裔或西班牙族裔？ 选择所有适用项。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙族裔 | <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人 | <input type="checkbox"/> 是，古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙族裔 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |

首选名字： _____

首选姓氏： _____

你喜欢的称谓是什么？

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 他、他的、他自己 | <input type="checkbox"/> 她、她的、她自己 | <input type="checkbox"/> 他们、他们的、他们自己 |
| <input type="checkbox"/> 其他称谓 | <input type="checkbox"/> 未知称谓 | |

您的性别认同是什么？

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 跨性别女性 | <input type="checkbox"/> 跨性别男性 | <input type="checkbox"/> 非二元性别 |
| <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 我不愿意透露 |

你的种族是什么？ 选择所有适用项。

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 中国人 | <input type="checkbox"/> 日本人 |
| <input type="checkbox"/> 其他亚裔 | <input type="checkbox"/> 越南人 | <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 |
| <input type="checkbox"/> 菲律宾人 | <input type="checkbox"/> 韩国人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 |
| <input type="checkbox"/> 白人 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人 |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 | <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 | <input type="checkbox"/> 我选择不回答 |

如果您更喜欢使用英语以外的语言进行书面沟通，请勾选以下方框之一：

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 俄语 | <input type="checkbox"/> 简体中文 | <input type="checkbox"/> 繁体中文 | <input type="checkbox"/> 西班牙语 |
| <input type="checkbox"/> 越南语 | <input type="checkbox"/> 其他语言： _____ | | |

您更喜欢用什么语言进行口语沟通？

请指明您是否更喜欢使用英语以外的语言进行口头沟通：

您是否想要获得我们发送的无障碍格式版本的信息？

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

如果您需要无障碍格式版本的信息，请拨打 CareOregon Advantage 电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY 711)。我们在 10 月 1 日至 3 月 31 日期间的服务时间为每天上午 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日期间的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否

电子通讯同意书

我希望 CareOregon Advantage 和代表其工作的其他人以电子方式向我发送信息。我允许 CareOregon Advantage 向我发送信息及/或数据，包括但不限于预警、所需材料和健康相关的福利信息。CareOregon Advantage 可通过电子邮件、自动短信及/或电话与我联系。我了解需要缴付消息和数据资费。我承认，我可以按照上文列出的电话号码联系 CareOregon Advantage，随时选择退订电子通讯。

我的电子邮箱地址： _____

我的手机号码： _____

参保期资格证明

通常来说，您可以在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间的年度参保期内参保 Medicare Advantage 计划。在某些例外情况下，您可以在在此期间之外参保 Medicare Advantage 计划。

请仔细阅读以下陈述，如果陈述适用于您的情况，请勾选方框。您勾选以下任何方框，即表示您证明，据您所知，您有资格在参保期进行参保。如果我们日后裁定此信息不正确，您可能被退保。

- 我是 Medicare 新会员。
- 我目前已参保 Medicare Advantage 计划，并希望在 Medicare Advantage 开放参保期 (MA OEP) 内做出更改。
- 我最近搬到了当前计划的服务区域之外，或者我最近搬了家，该计划对我来说是一个新的选择。
我在（插入日期） _____ 搬了家。
- 我最近被释放出狱。我在（插入日期） _____ 被释放。
- 我长期居住在美国境外后，最近返回美国。我在（插入日期） _____ 返回美国。
- 我最近取得在美国合法居留的身份。我在（插入日期） _____ 获得该身份。
- 我的 Medicaid 在（插入日期）发生变更（新近获得 Medicaid、Medicaid 援助水平发生变更或失去 Medicaid）。
- 我为支付 Medicare 处方药承保费用而获得的额外帮助在（插入日期） _____ 发生变更（新近获得额外帮助、额外帮助水平发生变更或失去额外帮助）。
- 我有 Medicare 并且享有完整的 Medicaid 福利。我希望加入或换到一个统筹协调我的 Medicare 和 Medicaid 管理式护理计划（称为“综合 Dual Eligible Special Needs Plan（双重资格特殊需求计划，英文简称 D-SNP）”）承保内容的计划。

参保期资格证明 — 续

- 我目前迁入、正住在或不久前搬出了长期护理机构（比如疗养院或长期机构）。
我在（插入日期）_____搬家/将迁入/搬出机构。
- 我最近在（插入日期）_____退出 PACE 计划。
- 我最近非自愿地失去了我值得信赖的处方药承保（承保范围与 Medicare 同样出色）。
我在（插入日期）_____失去了药物承保。
- 我将在（插入日期）_____退出雇主或工会承保。
- 我参加了我所在州提供的药房援助计划。
- 我的计划即将终止与 Medicare 订立的合约，或 Medicare 即将终止与我的计划订立的合约。
- 我参保了 Medicare（或我所在州）的计划，但我想选择其他计划。
我在该计划的参保于（插入日期）_____开始生效。
- 我参保了特殊需求计划 (SNP)，但我失去了加入该计划所需的特殊需求资格。
我在（插入日期）_____从 SNP 退保。
- 我受到了与天气相关的紧急状况或重大灾难（由 Federal Emergency Management Agency (FEMA, 联邦应急管理署) 公布) 的影响。此处的其他一项陈述适用于我的情况，但我因为自然灾害而不能进行参保。

如果这些陈述都不适用于您的情况，或者您不确定，请拨打 CareOregon Advantage 电话 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258 (TTY 711)，以了解您是否有资格参保。我们在

PRIVACY ACT (《隐私法》) 声明Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, 联邦医疗保险与医疗补助服务中心) 从 Medicare 计划收集信息，以跟踪 Medicare Advantage (MA) 或处方药计划 (PDP) 的受益人参保情况、改善护理品质和做出 Medicare 福利付款。Social Security Act (《社会保障法》) 第 1851 条和第 1860D-1 条以及 42 CFR § § 422.50、422.60、423.30 和 423.32 授权收集此信息。CMS 可使用、披露和交换记录通报系统 (SORN) “Medicare Advantage 处方药 (MARx)” (系统编号 09-70-0588) 指明的 Medicare 受益人的参保数据。您是否回复此表格纯属自愿。然而，不回复可能

仅供 CareOregon Advantage 计划使用 / 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): _____

重要信息：请阅读以下内容并签名：

- 我必须保留 A 部分和 B 部分，才能留在 CareOregon Advantage。
- 发布信息：我加入 Medicare Advantage 计划，即表示我承认该计划将向 Medicare 及其他计划发布我的信息，而这些信息是治疗、付款和医疗保健运作所必需的信息。我亦承认 CareOregon Advantage 将向 Medicare 发布我的信息，包括我的处方药事件数据，Medicare 可能会发布这些信息，以用作研究及遵循所有适用联邦法规和规例的其他目的。您是否回复此表格纯属自愿。然而，不回复可能影响您参保该计划。
- 我明白，我一次只能参保一个 MA 或 D 部分计划，参保该计划将自动终止我在其他 MA 或 D 部分计划的参保（针对 MA PFFS、MA MSA 适用例外情况）。
- 此参保表上的信息据我所知为正确信息。我明白，如果我故意在此表格上提供虚假信息，我将被该计划退保。
- 我明白，参保 Medicare 的人在境外通常不享有 Medicare 承保，但在美国边境附近地区享有的有限承保除外。
- 我明白，当我的 CareOregon Advantage 承保开始生效时，我必须从 CareOregon Advantage 获得我的所有医疗和处方药福利。由 CareOregon Advantage 授权并包含在我的 CareOregon Advantage “承保证明书”文件（亦称为会员合约或订户协议）的福利和服务将受到承保。如果没有获得授权，Medicare 或 CareOregon Advantage 均不会为福利或服务支付费用。
- 我明白，我在此申请表上签名（或代表我行事的合法获授权人签名），即表示我已阅读和理解此申请表的内容。如果由获授权代表（如上所述）签名，该签名证明：
 - 1) 此人根据州法律获授权完成此参保，及
 - 2) 必须应 Medicare 的要求提供授权书文件。

签名：_____ 今日日期：_____

如果您是获授权代表，请在上面签名并填写以下字段：

姓名：_____

电话号码：_____

地址：_____

与参保人的关系：_____