



若您需要以其他語言或格式 (盲人點字) 取得資訊，請聯絡 Imperial Health Plan of California (HMO) and (HMO SNP)。

**要參加註冊 Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP)，請提供以下資訊：
(請列印)**

- 請確認您想參加註冊的計劃：
- 005 Senior Value (HMO SNP) 每月 \$0。
 - 007 Imperial Traditional (HMO) 每月 \$0。
 - 009 Imperial Traditional Plus (HMO) 每月 \$34.80。

姓：		名：		中間名：	
<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電子郵件地址：(選用)			
住家電話號碼		出生日期：(MM/DD/YY)		第二電話號碼：(選用)	
永久居住地址 (不可填寫專用信箱)：			城市：	州：	郵遞區號
信件地址 (若與上方地址不同)：			城市：	州：	郵遞區號
緊急聯絡人：		電話號碼：		與您的關係：	

請提供您的 Medicare 保險資訊：

請拿出您的紅、白、藍 Medicare 卡完成此節。

- 請填寫您的 Medicare 卡上的此資訊。
- 或 -
- 附上您的 Medicare 卡的副本或您從社會安全局或鐵路職工退休委員會收到的信件。

姓名 (請填寫 Medicare 卡上方的資訊)：

Medicare 號碼：_____

所屬：_____ 生效日期：_____

醫院 (A 部份) _____

醫療 (B 部份) _____

您必須有 Medicare A 部份和 B 部份，才能加入 Medicare Advantage 計劃。

支付您的計劃保費：

沒有保費的計劃 (計劃 005 和 007)：若我們決定您積欠延遲參加註冊罰款 (或若您目前有延遲參加註冊罰款)，我們需要知道您傾向的支付方式。您可以每月透過郵件支付。您也可以選擇透過您的社會安全、鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票每月自動扣除您的保費。如果您被評估 D 部份收入相關月調整金額，您將會接獲社會安全局的通知。除了您的每月保費，您將負責支付此額外金額。您可以從您的社會安全福利支票代扣，或由 Medicare 或 RRB 開立帳單。不需支付 Imperial Health Plan D 部份 IRMAA。

有保費的計劃 (計劃 009)：您可以每月透過郵件支付您的每月計劃保費 (包含任何您目前有的或可能積欠的延遲參加註冊罰款)。您也可以選擇透過您的社會安全、鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票每月自動扣除您的保費。

如果您被評估 D 部份收入相關月調整金額，您將會接獲社會安全局的通知。除了您的每月保費，您將負責支付此額外金額。您可以從您的社會安全福利支票代扣，或由 Medicare 或 RRB 開立帳單。不需支付 Imperial Health Plan D 部份 IRMAA。

資源有限的民眾可能符合**額外補助**的資格，來支付他們的處方配藥費用。如果符合資格，Medicare 可以為您的藥物費用支付 75% 或以上，包含每月處方配藥保費、每年自付扣除額和共同保險金。此外，符合資格的人不會受到承保缺口或延遲參加註冊罰款的影響。許多此儲蓄的人符合資格卻不知情。如需更多**額外補助**相關資訊，請聯絡您當地的社會安全局辦公室，或致電社會安全局 1-800-772-1213。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-800-325-0778。您也可以在此 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 線上申請**額外補助**。

如果您的 Medicare 處方配藥承保費用符合**額外補助**，Medicare 會支付您全部或部份的每月保費。如果 Medicare 只支付此保費的部份，我們會針對 Medicare 未承保的費用向您開立帳單；

如果您未選擇支付選項，您將每月收到帳單；

請選擇一個保費支付選項：

- 收到每月帳單
- 自動從您的每月社會安全或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票扣除。

從何處取得每月福利： 社會安全 RRB

(在社會安全或 RRB 核准扣除後，可能需要花費兩個月或以上的時間才會開始。在大部分情況中，如果社會安全或 RRB 接受您自動扣除的請求，您的社會安全或 RRB 首次扣除會包含您參加註冊生效日期開始扣除的時間點。如果社會安全或 RRB 未核准您自動扣除的請求，我們將會寄送您的每月保費紙本帳單。)

請詳讀後回答這些重要問題：

1. 您有末期腎病 (ESRD) 嗎？ 是 否
若您有過成功移植腎臟和/或您再也不需要定期洗腎請附上從您醫生取得的備註或記錄，表示您已有成功移植腎臟或不需要洗腎，否則我們可能需要聯絡您已取得其他資訊。
2. 部份人士可能有其他配藥承保，包含其他私人保險、TRICARE、聯邦員工健康福利承保、VA 福利或州醫療器材協助方案。
除了 Imperial Health Plan，您還有其他處方配藥承保嗎？ 是 否
如果答案為「是」，請列出您其他的承保和該承保的識別 (ID) 卡號碼：

其他承保的名稱： _____ 該承保的 ID#： _____ 該承保的 團體#： _____

3. 您居住在長期護理設施，如療養院嗎？ 是 否
 如果答案為是，
 機構名稱： _____
 機構地址和電話號碼 (號碼和街道)： _____

4. 您參加註冊於您所在州政府的 Medicaid 方案嗎？ 是 否
 如果答案為是，請提供您的 Medicaid 號碼： _____

5. 您或您的配偶正在工作嗎？ 是 否

6. 您有心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病嗎？ 是 否

請選擇主治醫生和醫生團體的名稱：

主治醫生名字：	中間名：	姓氏
醫生團體 (請完整拼寫)：		主治醫生 ID#：

若您希望我們以非英語或其他 **可取得** 格式寄送資訊給您，請勾選以下項目之一：

西班牙語 中文 其他： _____

盲人點字 錄音帶 大字體

若您需要資訊以 **可取得** 格式或 **非** 上方列出的語言提供，請致電 800-838-8271 聯絡 Imperial Health Plan。我們營業時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日的週一至週日，8:00 am 至 8:00 pm，假日不營業，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日的週一至週五，8:00 am 至 8:00 pm，假日不營業。



請詳讀此重要資訊

如果您目前有僱主或工會的醫療承保，加入 Imperial Health Plan 可能影響您的僱主或工會健康福利。如果您加入 Imperial Health Plan，可能喪失您的僱主或工會醫療承保。請詳讀您的僱主或工作寄給您的溝通通知。如果您有疑問，請瀏覽他們的網站，或聯絡列於他們溝通通知的辦公室。如果沒有聯絡資訊，您的福利主管或回答您承保問題的辦公室可以提供協助。

請詳讀後在下方署名

完成此參加註冊申請後，我同意以下事項：

Imperial Health Plan 為一 Medicare Advantage 計劃，和聯邦政府有合約關係。我將需要保留我的 Medicare A 部份和 B 部份。我一次只能參加一種 Medicare Advantage 計劃，而且我瞭解我參加註冊此計劃，將自動終止我在另一 Medicare 健保計劃或處方配藥計劃的參加註冊。通知你們我持有或未來可能擁有的處方配藥承保是我的責任。我瞭解如果我沒有 Medicare 處方配藥承保或可替代處方配藥承保 (和 Medicare 的一樣好)，若我未來參加註冊 Medicare 處方配藥承保，我可能需要支付延遲參加註冊罰款。參加註冊此計劃通常為期一整年。一旦我參加註冊，我可能離開此計劃，或只在註冊期時於一年的特定時間內變更 (例如：每年 10 月 15 日到 12 月 7 日)，或在特定特殊情況。

Imperial Health Plan 在特定服務地區提供服務。如果我搬出 Imperial Health Plan 服務的地區，我需要通知該計劃才能退出，並在我的新地區找尋新計劃。一旦我是 Imperial Health Plan 的會員，我有權利針對我反對的付費或服務計劃決定提出上訴。我取得 Imperial Health Plan 承保證書的文件時，將會詳讀內容知道我必須遵守哪些規則，以透過此 Medicare Advantage 計劃取得承保。我瞭解有 Medicare 的人不在本國時不受 Medicare 承保，除了美國邊界附近的有限承保。

我瞭解自 Imperial Health Plan 承保開始的日期後，我必須從 Imperial Health Plan 取得我所有健康護理，除了急診或緊急護理或地區外洗腎服務。Imperial Health Plan 授權的服務和其他包含在我 Imperial Health Plan 承保證書文件 (也稱為會員合約或訂購協議) 內的其他服務也都會受到承保。沒有授權的情況下，**MEDICARE 和 IMPERIAL HEALTH PLAN 都不會為服務支付費用。**

我瞭解如果我從銷售專員、經紀人或其他受僱或與 Imperial Health Plan 有合約關係的個人取得協助，他/她可能因為我參加註冊 Imperial Health Plan 而收取費用。

公開資訊： 加入此 Medicare 健保計劃，我知道 Imperial Health Plan 公開我的資訊給 Medicare 和其他計劃，作為治療、付費和健康護理行為所需使用。我也知道 Imperial Health Plan 將公開我的資訊，包含我的處方配藥活動資料給 Medicare，可能公開於研究或其他遵守所有適用聯邦法令與法規的用途。就我所知，此參加註冊表的資訊皆為正確。我知道如果刻意在此表提供錯誤資訊，我將退出該計劃。

我知道此申請上我的署名 (或依據我所在州法律授權代表我的人士)，代表我已經詳讀並瞭解此申請的內容。如果由獲授權的人士 (如上所示) 簽署，該署名確認：1) 此人在州法律的授權下完成此參加註冊，和 2) 此授權文件可在 Medicare 的要求下取得。

署名：

簽署日期：

如果您為授權的代表，您必須在上方署名並提供以下資訊：

姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____ 與參加註冊者的關係：_____

僅為辦公使用

專員姓名 (如果協助參加註冊)：_____

計劃ID#：_____

承保生效日期：_____

ICEP/IEP AEP SEP (TYPE) 不合格

Imperial Health Plan 是與 Medicare 簽約的 (HMO) (HMO SNP)。參加註冊 Imperial Health Plan 取決於契約續期。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視。注意：If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。