



2016年度 Medicare Advantage 投保 申請簡表

您要投保的計畫名稱：

Health Net Healthy Heart (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Stanislaus | 每月 \$163 |
| <input type="checkbox"/> Fresno | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | 每月 \$20 |
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | 每月 \$167 |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | 每月 \$30 |
| <input type="checkbox"/> San Diego | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | 每月 \$127 |
| <input type="checkbox"/> Yolo | 每月 \$107 |

Health Net Gold Select (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Riverside, San Bernardino | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Green (HMO) (不包括處方藥承保)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Alameda, Placer, Sacramento, Sonoma, Stanislaus | 每月 \$139 |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Riverside, San Bernardino | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Ruby (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Kern | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Santa Clara | 每月 \$221 |
| <input type="checkbox"/> Sonoma | 每月 \$200 |

Health Net Ruby Select (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Placer, Sacramento | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> San Francisco | 每月 \$0 |
| <input type="checkbox"/> Yolo | 每月 \$0 |

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles, Orange, San Diego | 每月 \$31 |
| <input type="checkbox"/> Kern, Riverside, San Bernardino | 每月 \$31 |

Health Net Jade (HMO SNP)¹ (心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病) (包括處方藥承保)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Kern, Los Angeles, Orange | 每月 \$0 |
|--|--------|

Health Net Seniority Plus Amber I (HMO SNP)¹ (所有投保 Medicare 和 Medi-Cal 的雙重資格受益人)
(包括處方藥承保)

Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino 每月 \$31*

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)¹ (投保 Medicare 和 Medi-Cal 的完整雙重資格受益人)
(包括處方藥承保)

Fresno, Los Angeles, Orange, San Diego, San Francisco 每月 \$31*

Kern, Riverside, San Bernardino, Tulare 每月 \$31*

*實際保費將根據低收入補助狀態而定。

¹您必須符合特定投保條件才能投保本計畫。

如果您願意繳納額外的月保費以投保自選附加福利 (Optional Supplemental Benefits)，請您勾選適用項目：

自選附加組合 1：每月 \$22

自選附加組合 6：每月 \$27

自選附加組合 2：每月 \$32

自選附加組合 8：每月 \$18

自選附加組合 9：每月 \$12

計畫月保費金額 (包含自選附加組合保費金額)：

\$_____ 請求的生效日期：__ __/__ __/__ __ __ __

姓名：_____

Medicare 編號：_____

(備註：可以用「會員編號」取代「Medicare 編號」。)

住家電話號碼：

永久住所街道地址 (不得填寫郵政信箱)：

城市：

縣：

州：

郵遞區號：

郵寄地址 (僅有在與您永久住所街道地址不同時才需填寫)：

街道地址：

城市：

州：

郵遞區號：

請填寫以下資料：

本人目前是 Health Net of California, Inc. 的 _____ 計畫會員，
月保費為 \$_____。

本人希望轉至 Health Net of California, Inc. 的 _____ 計畫。
本人瞭解，該計畫有不同的健康福利且月保費為 \$_____。

所選主治醫師 (PCP)、診所或健康中心的姓名/名稱：

如果您希望我們寄給您英文以外之語言版本或其他格式的資訊，請勾選以下其中一個方框：

西班牙文 中文 大字版

如果您需要的語言版本或其他格式未列於此，請致電 1-800-977-6738 與 Health Net 聯絡。我們的服務時間為：從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點均提供服務，特定假日除外。但是在 2 月 14 日之後，您在週末及特定假日期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。聽障專線使用者請致電 711。

您的計畫保費

如果我們判定您積欠延遲投保罰款（或是如果您目前有延遲投保罰款待繳），我們需要知道您希望採用的繳納方式。您可以每月透過郵寄或電子轉帳 (EFT) 的方式繳納。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局 (RRB) 福利支票自動扣款來繳納保費。如果您被徵收 D 部分按收入調整月費的費用，社會安全局將會通知您。除了您的計畫保費以外，您將還需負責繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全局福利支票中扣除這筆金額，或是由 Medicare 或 RRB 直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

您可以每月透過郵寄或電子轉帳 (EFT) 的方式來繳納計畫月保費（包括任何待繳或可能積欠的延遲投保罰款）。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休管理局支票自動扣款來繳納保費。

如果您被徵收 D 部分按收入調整月費的費用，社會安全局將會通知您。除了您的計畫保費以外，您將還需負責繳納這筆額外的費用。您可以選擇從社會安全局福利支票中扣除這筆金額，或是由 Medicare 或鐵路職工退休管理局直接寄送帳單給您。請勿向 Health Net 繳納 D 部分按收入調整月費 (IRMAA) 的費用。

收入有限的民眾可能有資格獲得額外協助，以支付其處方藥費用。如果您符合資格，Medicare 可能會支付您藥品費用的 75% 或更多，包括處方藥月保費、年度自付額和共同保險金。此外，符合資格者將不會有承保缺口，也不須繳納延遲投保罰款。許多人都符合這些節費資格，但卻都不曉得。如需更多有關額外協助的資訊，請與您當地的社會安全局辦公室聯絡，或者致電 1-800-772-1213 與社會安全局聯絡。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778。您也可以上網申請額外協助，網址為 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp。

如果您符合資格可獲得 Medicare 處方藥承保費用的額外協助，Medicare 將會按此項福利支付您的全部或部分計畫保費。如果 Medicare 僅給付一部分的保費，那麼我們將會向您收取 Medicare 未給付的部分。

如果您沒有選擇繳費方式，您將會每月收到帳單。

請選擇一種繳納保費的方式：

收到帳單

電子轉帳 (EFT)

從您每月的社會安全局或 RRB 福利支票中自動扣款。（在社會安全局/RRB 核准自動扣款後，可能需要兩個月或更久的時間才會開始進行扣款。在大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您自動扣款的要求，那麼第一次從您的社會安全局或 RRB 福利支票扣款時，會包括從您投保生效日期起，直到扣繳開始為止這段期間所有的應繳保費。如果社會安全局或 RRB 沒有核准您自動扣款的要求，我們將會每月寄給您紙本的保費帳單。）

停

請閱讀此部分重要資訊

請閱讀並於下方簽名

Health Net of California, Inc. 是與聯邦政府簽約的計畫。

本人瞭解，如果本人得到銷售代理人、經紀人或 Health Net 所雇用或約聘之其他人員的協助，這些人可能會因為本人投保 Health Net 而獲得報酬。

資訊公開：加入此 Medicare 健保計畫即代表本人瞭解 Medicare 健保計畫將會於治療、給付和健康照護營運所需時，向 Medicare 和其他計畫公開本人的資訊。本人也瞭解，Health Net 將會向 Medicare 公開本人的資訊（包括處方藥的領藥記錄資料），而 Medicare 可以在遵循所有適用的聯邦法律和法規之情況下，基於研究與其他目的而將該資訊公開。據本人所知，本投保登記表上所載資訊均正確無誤。本人瞭解，若本人蓄意在本申請表中提供錯誤資訊，本人將會被計畫退保。本人瞭解，享有 Medicare 的人士在出國時將無法獲得 Medicare 的承保，只有在靠近美國邊境時才可取得有限度的承保。

本人瞭解，從 Health Net 承保開始生效當天起，本人所有的健康照護均必須透過 Health Net 取得，唯有需要急診或緊急需求服務或區域外洗腎服務時不在此限。經 Health Net 授權的服務，以及本人 Health Net 承保範圍證明文件（亦稱為會員合約或投保人協議書）中包括的其他服務均屬於承保範圍。如未取得授權，**MEDICARE 和 HEALTH NET 皆不會給付相關的服務費用。**

本人瞭解，本人（或依據本人居住州的法律授權代表本人行使權利的人士）在此申請表上簽名即代表本人已經閱讀並瞭解本申請表的內容。如由獲得授權者（如前述）簽名，則此簽名證明：1) 此人按州法規獲得授權填寫本投保申請表，且 2) 若 Medicare 提出要求，可提供該授權的證明文件。

簽名：

今天日期：

如果您是授權代表，您必須在上方簽名並提供下列資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：(____) _____ - _____

與計畫參加者的關係：_____

OFFICE USE ONLY:

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

Plan ID #: _____

Effective date of coverage: _____

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 - or - **place printed label here:**

Sales rep / Agent name: _____ **Health Net ID #** _____

Sales rep / Agent NPN #: _____

Agency / FMO affiliation: _____ **Health Net ID #** _____

(If applicable)

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.)

Application receipt location:

Appointment Sales event Walk-in Other (specify): _____

Provider information for HMO plans

PCP name: _____ PCP ID: _____

PPG name: _____ PPG ID: _____

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

Current patient? Yes No

白色聯 - Health Net 黃色聯 - 會員