

更多 優惠

盡在CCHP聯邦保健

- + 更多醫生
- + 更多雜貨福利*
- + 更多非處方藥物福利



*需符合條件。

CCHP 2024 年度聯邦保健手冊



CCHP
華人保健計劃

這是一則廣告。

H0571_2024MAINFOKIT000CH_M



手冊目錄

- 4 手冊簡介
- 5 聯絡方式
- 6 深層探索CCHP聯邦保健優惠計劃
- 8 福利保障概覽
- 10 雜貨及非處方（OTC）藥物津貼
- 11 綜合牙科保障
- 12 計劃保障簡介
- 18 登記前清單
- 19 申請表格

多些歡樂 少些顧慮

感謝您考慮CCHP聯邦
保健優惠計劃，一個滿
足您所有需要的健康保
障。



選擇CCHP
一個為您社
區服務的健康計劃 - 享
受優質護理
的同時也有
更多不同服
務選項。

本手冊將助您了解CCHP三個聯邦保健優惠計劃
的好處：

**CCHP
東華耆英**
(HMO) 計劃

**CCHP
東華實惠**
(HMO) 計劃

**CCHP
東華智選**
(HMO D-SNP) 計劃



以下為手冊內容概括：



計劃概覽

讓您快速了解我們的服務優勢及價值



福利及保障範圍摘要

深入了解保障內容



登記前清單

投保前應考慮的各方面



如何聯絡我們

親切友善的營業代表隨時為您效勞



www.cchphealthplan.com/zh-hant/medicare-shopping/



Sales@CCHPHealthPlan.com



1-888-788-2594 (聽力殘障人士 1-877-681-8898)

星期一至星期日，上午8時至晚上8時

深層探索

CCHP聯邦保健 優惠計劃

改善社區居民的健康是我們一直以來的使命，鄰里間的健康及幸福生活是我們的共同目標。

2024 年將為您帶來更多

- + 7,000多名醫生
- + 雜貨津貼*
- + 非處方藥物津貼
- + 草藥產品



*需符合條件。

源自三藩市

成立於1986年，在醫療保障普及之前，我們已經是醫療體系其中一個相對活躍和成熟的健康保險。我們與您生活工作於同一個社區近40年，專注為三藩市及聖馬刁縣居民服務。

獲得護理 - 現有 7,000 多位醫生參與

每一位會員都渴望有更多醫生、專科及設施選擇。我們與頂尖的醫療團體及聯網合作，當中包括獨立的社區醫生、診所及大部份醫院，為您帶來方便及更多靈活性。

關注您的健康

關注健康是我們的長久承諾。除了提供免費的年度預防性檢查及健身課程之外，我們還提供網上及實體健康教育課程。您亦可以獲得大量的健保資訊及資源來保持您的健康生活質素。

額外協助

我們了解大眾對某些健康狀況需要額外資訊。無論是糖尿病、高血壓或膽固醇，我們均為大家提供控制及改善這些疾病的方案。

更多優惠 - 每年高達 \$760*

生活迫人，用同等價錢可以購買的東西卻越來越少。我們的特定計劃可以為您提供購買日常雜貨及非處方商品的現金津貼，隨時為您提供協助。*部分津貼需符合特定資格

選擇 CCHP 輕而易舉

不同的聯邦保健計劃選項容易令人混淆。我們可以助您找出最適合您特定需求的選擇。只需與我們的聯邦保健專員聯繫，就可為您量身定制一個適合您的計劃方案。

福利保障概覽

CCHP 東華耆英 (HMO) 計劃

\$39.50 / 月費

適用於：

- 三藩市及聖馬刁縣居民
- 聯邦保健計劃A及B部分受保人

醫生就診 (家庭醫生/專科醫生)	\$0 / \$15 自付費
醫療扣除額	\$0 自付費
D 部分處方藥物 (Rx) 保障範圍	✓
預防性檢查	\$0 自付費
預防性化驗及 X光	\$0 自付費
雜貨津貼	\$20 / 每月 (完成年度健康檢查後)
非處方 (OTC) 藥物津貼	\$40 / 每月
中草藥產品津貼	✓
高血壓會員額外雜貨津貼	\$10 / 每月 (需達到標準)
預防性牙科保障	✓
綜合牙科保障	\$10 額外月費
視力保障	\$20 自付費 (每年一次) (每兩年 \$150 眼鏡津貼)
常規性聽力檢查	\$20 自付費
助聽器	\$600-\$2,075 / 每年
針灸服務	\$5 自付費
就診交通接送	24 次單程 (僅限醫療預約)
8 全球急症保障	✓

CCHP 東華實惠 (HMO) 計劃

\$0 /月費

適用於：

- 三藩市及聖馬刁縣居民
- 聯邦保健計劃A及B部分受保人

CCHP 東華智選 (HMO D-SNP) 計劃

\$0-\$41* /月費

適用於：

- 三藩市居民
- 享有聯邦保健計劃A及B部分及加州醫療補助計劃(白卡)福利的人士

★ 保費可能會根據您收到額外援助的等級而有所不同。

\$5 / \$20 自付費

\$0 自付費



\$0 自付費

\$0 自付費

不適用

\$30 每月



\$20 / 每月
(需達到標準)

不適用

\$18 額外月費

\$35 自付費 (每年一次)
(每兩年 \$100 眼鏡津貼)

\$20 自付費

\$600 - \$2,075 / 每年

\$10 自付費 (15 次 / 每年)

12 次單程
(僅限醫療預約)



\$0 / \$0 自付費

\$0 自付費



\$0 自付費

\$0 自付費

\$45 / 每月

\$55 / 每季度



\$10 / 每月
(需達到標準)

加州醫療補助計劃 (白卡)

不適用

\$0 自付費 (每年一次)
(每兩年 \$150 眼鏡津貼)

\$0 自付費

\$1,000 / 每年

\$0 自付費

48 次單程
(僅限醫療預約)



更多優惠

您將獲得健康雜貨及非處方產品（例如冷熱膏貼及草藥營養補充劑）的津貼。



▶ 請參考以下資料：

當您選擇 CCHP 後，您會收到 CCHP 津貼卡（扣賬卡形式）來幫助您應付日常開支。

如您加入的是東華耆英計劃，當您的家庭醫生 (PCP) 為您完成年度身體檢查 (AWV) 之後，您便合資格獲得額外津貼。

當您完成登記後，您將收到 CCHP Flex 扣賬卡。與一般信用卡無異，您可以在 Safeway、Walgreens 等參與零售商使用。

我們會獎勵每一位好好照顧自己的您

計劃種類/津貼總額	東華耆英 (HMO) 計劃	東華實惠 (HMO) 計劃	東華智選 (HMO D-SNP) 計劃
每月雜貨津貼	\$20*	不適用	\$45
每月非處方 (OTC) 藥物津貼	\$40	\$30	\$18.33
每月津貼總額	\$60	\$30	\$63.33
年度津貼總額	\$720	\$360	\$760

*完成每個年度身體檢查 (AWV) 後。

獲得更多額外幫助來改善您的健康

我們願意為患有高血壓或其它健康問題之人士提供更多協助。



▶ 如您的家庭醫生 (PCP) 診斷出您患上高血壓或其它健康問題，我們可以為您提供所需的醫療設備。特定計劃可以額外提供 \$10 或 \$20 雜貨津貼。就這麼簡單，福利源源不絕。



綜合牙科保障

牙齒護理是整體健康的重要一環，所以我們在某些計劃中加入預防性牙科保障。

如果您想要更全面保障，我們的合作夥伴 **DeltaCare USA** 可以為大家提供附加保障。

口腔健康的合作夥伴

DeltaCare USA 計劃提供廣泛的保障範圍，鼓勵大家要定期進行牙齒護理，助您保持健康。

- 清潔及檢查等服務費用低至無需自付費

方便快捷的服務

DeltaCare USA 化繁為簡 - 接受牙科服務無需填寫索償表格也無需出示會員卡

- 可從網上索取計劃資料
- 透過電話或網上更換您的家庭牙醫

價格實惠 - 歡迎向我們查詢或立即填寫本手冊中的申請表

CCHP 東華耆英 (HMO) 計劃
\$10/每月

CCHP 東華實惠 (HMO) 計劃
\$18/每月

(以上是您的額外月費。)



這是東華耆英 (HMO) 計劃承保的藥物及醫療服務簡介

2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

月費及福利保障	東華耆英 (HMO) 計劃	
會月費	\$39.50* (您必需繼續支付 Medicare 聯邦保健 B 部份月費) *月費會因不同程度的額外資助而改變。欲了解詳情請與您的醫療保健公司聯絡。	
年度扣除額	\$0	
年度醫療保障服務的最高自付額 (不包括處方藥物)	\$6,700 包括全年的醫療服務自付費及其他醫療服務費用。	
住院留醫	第 1 天至第 7 天: 每天 \$100 自付費** (使用東華醫院) 第 1 天至第 7 天: 每天 \$305 自付費** (使用其它網絡內醫院) 第 8 天起至 90 天 : 每天 \$0 自付費**	
門診外科服務	\$100 自付費** (使用東華醫院) \$310 自付費** (使用其它網絡內醫院)	
門診手術中心 (ASC) 服務	\$300 自付費**	
醫生診所就診	主診醫生: \$0 自付費 專科醫生: \$15 自付費**	
預防性保健服務 (如流感疫苗, 糖尿病檢查)	\$0 自付費** 有提供其他預防保健服務。一些承保的服務需要收費。	
急症/全球急症保障	\$90 自付費 美國境內: 在 24 小時內入院者則不需付急症自付費 美國境外: 如果住院, 需付急症自付費 (最高承保金額\$25,000)	
急診護理	美國境內: \$45 自付費 美國境外: \$90 自付費 (最高承保金額 \$25,000)	
診斷服務 / 化驗/放射服務	診斷放射服務: \$200自付費** X-光及化驗服務: \$0 自付費** 診斷測試及程序: \$0 自付費**	
聽覺服務	聽覺例行檢查: \$20 自付費** (承保每年一次例行聽覺檢查)	
助聽器	每個助聽器 \$600 - \$2,075 自付費 (經 NationsHearing 每年可配兩個助聽器)	
預防性牙科服務	\$0 自付費 (每年兩次)	
牙科保險 (可選擇參加)	月費 \$10 (您仍需支付計劃會月費)	
眼科服務	驗眼: \$20 自付費** (承保每年一次例行檢查) 配眼鏡: \$0 自付費**, 每兩年可配一副 (最高補助額為\$150)	
精神科服務	住院服務: 第 1 天至第 7 天: 每天支付 \$250** 第 8 天至第 90 天: \$0 自付費**	每次小組及個人治療: \$15 自付費**

月費及福利保障		東華耆英 (HMO) 計劃	
專業護理院 (SNF) (每保障受惠期限為 100 天)	第 1 天至第 20 天: \$0 自付費** 第 21 天至第 100 天: 每天\$135 自付費**		
物理治療	\$15 自付費**		
救護車服務	每程自付費 \$265		
交通服務	每程 \$0 自付費, 24 次單程或 12 次雙程		
聯邦保健 B 部份藥物	化療: 20% 共付費** 其他聯邦保健 B 部份藥物: 20% 共付費**		
針灸服務	\$5 自付費**		
非處方藥 (OTC) 項目 / 非處方藥 和產品目錄	每月 \$40 (津貼在每個季度未到期)		
雜貨津貼獎勵卡	每月 \$20 (津貼在每個季度未到期) 需完成年度健康檢查 (AWV)		
D部份: 處方藥物保障 (CCHP藥 物表上的藥物)	30 天藥量 (零售藥房)	90 天藥量 (使用郵購服務 或首選費用分攤藥房)**	
年度扣除額	\$0		
等級1: 首選非商標藥物(沒有扣除額)	\$3 自付費	\$6 自付費	
等級2: 非商標藥物(沒有扣除額)	\$7 自付費	\$14 自付費	
等級3: 首選商標藥物(沒有扣除額)	\$40 自付費	\$80 自付費	
等級4: 非首選商標藥物(沒有扣除額)	\$60 自付費	\$120 自付費	
等級5: 特殊藥物(沒有扣除額)	33% 共付費	不適用於此等級藥物	
保障間斷期: 當您的年度處方藥物費用達到 \$5,030 之後的藥物費用如下			
非商標藥物	25% 共付費		
商標及特殊藥物	25% 共付費		
重病保障期: 當您全年的處方藥物自付費用達到 \$8,000 之後的藥物費用如下			
非商標藥物	在此付款階段, 計劃將支付您承保的全部 D 部分藥物費用。		
商標及特殊藥物	您無需支付任何費用。		
** (需要)適用於事先授權和轉介規則。			
*** 於非首選分擔費用藥房配購 90 天藥物的費用可能有所不同。			

持有聯邦保健 A 部份和 B 部份並居住在服務範圍內的人士均可參加此計劃。華人保健計劃 (CCHP) 是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃 (Medicare Advantage HMO plan) 及與加州醫療補助計劃 (Medicaid) 簽有合約提供東華智選計劃 (HMO D-SNP)。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。您可從我們的網址 www.cchphealthplan.com/medicare 參閱保障說明書或星期一至五, 上午 8 時至晚上 8 時致電 1-888-681-3888 (TTY 1-877-681-8898) 了解詳情。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。原式聯邦醫療保障及費用請參閱「聯邦健保與您」手冊, 瀏覽 <https://www.medicare.gov> 或每週七天, 每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) 索取副本。CCHP 在三藩市及聖馬刁縣的網絡藥房提供了有限的首選分擔費用藥房。在我們的計劃資料中提及較低收費的首選分擔費用藥房, 不一定是您正在使用的藥房, 查詢最新網絡藥房或首選分擔費用藥房資料, 請致電 1-888-775-7888 或瀏覽網址:

www.CCHPHealthPlan.com/medicare 查閱網上醫生名錄/藥房手冊。

這是東華實惠 (HMO) 計劃承保的藥物及醫療服務簡介

2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

月費及福利保障	東華實惠 (HMO) 計劃	
會月費	\$0 (您必需繼續支付 Medicare 聯邦保健 B 部份月費)	
年度扣除額	\$0	
年度醫療保障服務的最高自付額 (不包括處方藥物)	\$ 7,550 包括全年的醫療服務自付費及其他醫療服務費用。	
住院留醫	第 1 天至第 7 天: 每天 \$150 自付費** (使用東華醫院) 第 1 天至第 7 天: 每天 \$315 自付費** (使用其它網絡內醫院) 第 8 天起至 90 天: 每天 \$0 自付費**	
門診外科服務	\$230 自付費** (使用東華醫院) \$310 自付費** (使用其它網絡內醫院)	
門診手術中心 (ASC) 服務	\$300 自付費**	
醫生診所就診	主診醫生: \$0 - \$5 自付費 專科醫生: \$20 自付費**	
預防性保健服務 (如流感疫苗, 糖尿病檢查)	\$0 自付費** 有提供其他預防保健服務。一些承保的服務需要收費。	
急症/全球急症保障	\$90 自付費 美國境內: 在 24 小時內入院者則不需付急症自付費 美國境外: 如果住院, 需付急症自付費 \$90 (最高承保金額 \$5,000)	
急診護理	美國境內: \$45 自付費 美國境外: \$90 自付費 (最高承保金額 \$5,000)	
診斷服務 / 化驗/放射服務	診斷放射服務: \$200 自付費** X-光及化驗服務: \$0 自付費** 診斷測試及程序: \$0 自付費**	
聽覺服務	聽覺例行檢查: \$20 自付費** (承保每年一次例行聽覺檢查)	
助聽器	每個助聽器 \$600 - \$2,075 自付費 (通過 NationsHearing)	
牙科服務 (可選擇參加)	月費 \$18 (您仍需支付計劃會月費)	
眼科服務	驗眼: \$35 自付費** (承保每年一次例行檢查) 眼鏡: \$0 自付費, 每兩年可配一副 (最高補助額為 \$100)	
精神科服務	住院服務: 第 1 天至第 7 天: 每天支付 \$250** 第 8 天至第 90 天: \$0 自付費**	每次小組及個人治療: \$20 自付費**

月費及福利保障		東華實惠 (HMO) 計劃	
專業護理院 (SNF) (每保障受惠期限為 100 天)	第 1 天至第 20 天: \$0 自付費** 第 21 天至第 100 天: 每天 \$135 自付費**		
物理治療	\$20 自付費**		
救護車服務	每程 \$265 自付費**		
交通服務	每程 \$0 自付費, 12 次單程或 6 次雙程		
聯邦保健計劃 B 部份藥物	化療: 20% 自付費** 其他聯邦保健 B 部份藥物: 20% 自付費**		
針灸/脊椎按摩療法	\$10 自付費 (每年合共 15 次)		
非處方藥 (OTC) 項目 / 非處方藥 和產品目錄	每月 \$30 (津貼在每個季度末到期)		
D 部份: 處方藥物保障 (CCHP 藥 物表上的藥物)	30 天藥量 (零售藥房)	90 天藥量 (使用郵購服務 或首選費用分攤藥房)***	
年度扣除額	\$0		
等級1: 首選非商標藥物(沒有扣除額)	\$5 自付費	\$10 自付費	
等級2: 非首選非商標藥物(沒有扣除額)	\$12 自付費	\$24 自付費	
等級3: 首選商標藥物	\$47 自付費	\$94 自付費	
等級4: 非首選商標藥物	\$100 自付費	\$200 自付費	
等級5: 特殊藥物	31% 共付費	不適用於此等級藥物	
保障間斷期: 當您的年度處方藥物費用達到 \$5,030 之後的藥物費用如下			
非商標藥物	25% 共付費		
商標及特殊藥物	25% 共付費		
重病保障期: 當您全年的處方藥物自付費用達到 \$8,000 之後的藥物費用如下			
非商標藥物	在此付款階段, 計劃將支付您承保的全部 D 部分藥物費用。		
商標及特殊藥物	您無需支付任何費用。		
** (需要)適用於事先授權和轉介規則。			
***於非首選分擔費用藥房配購 90 天藥物的費用可能有所不同。			

持有聯邦保健 A 部份和 B 部份並居住在服務範圍內的人士均可參加此計劃。華人保健計劃 (CCHP) 是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃 (Medicare Advantage HMO plan) 及與加州醫療補助計劃 (Medicaid) 簽有合約提供東華智選計劃 (HMO D-SNP)。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。您可從我們的網址 www.cchphealthplan.com/medicare 參閱保障說明書或星期一至五, 上午 8 時至晚上 8 時致電 1-888-681-3888 (TTY 1-877-681-8898) 了解詳情。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。原式聯邦醫療保障及費用請參閱「聯邦健保與您」手冊, 瀏覽 <https://www.medicare.gov> 或每週七天, 每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) 索取副本。CCHP 在三藩市及聖馬刁縣的網絡藥房提供了有限的首選分擔費用藥房。在我們的計劃資料中提及較低收費的首選分擔費用藥房, 不一定是您正在使用的藥房, 查詢最新網絡藥房或首選分擔費用藥房資料, 請致電 1-888-775-7888 或瀏覽網址: www.CCHPHealthPlan.com/medicare 查閱網上醫生名錄/藥房手冊。

H0571_2024SOB007CH_M



東華智選 (HMO D-SNP) 計劃

2024 保障簡介

服務地區: 三藩市縣

這是東華智選 (HMO D-SNP) 計劃承保的藥物及醫療服務簡介 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

月費及福利保障	東華智選 (HMO D-SNP) 計劃	
會月費	\$0* (如合乎額外資助資格) 或 \$41* (如不乎合資格) (您必需繼續支付 Medicare 聯邦保健 B 部份月費) *月費會因不同程度的額外資助而改變。欲了解詳情請與您的醫療保健公司聯絡。	
年度醫療保障服務的最高自付額 (不包括處方藥物)	\$3,400 包括全年的醫療服務自付費及其他醫療服務費用	
住院留醫	第 1 天至第 7 天: 每天 \$0 自付費** 第 8 天起: 每天 \$0 自付費**	
門診外科服務	\$0 自付費**	
門診手術中心 (ASC)	\$0 自付費**	
醫生診所就診	主診醫生: \$0 自付費 專科醫生: \$0 自付費**	
預防性保健服務 (如流感疫苗, 糖尿病檢查)	\$0 自付費**	
急症及全球急症保障	美國境內: \$0 自付費 美國境外: \$90 自付費 (最高承保金額 \$25,000)。如果住院, 需付急症自付費	
急診護理	美國境內: \$0 自付費 美國境外: \$90 自付費 (最高承保金額 \$25,000)	
診斷服務/化驗/放射服務	診斷放射服務: \$0 自付費** X 光及化驗服務: \$0 自付費** 診斷測試及程序: \$0 自付費**	
聽覺服務	聽覺例行檢查: \$0 自付費** (承保每年一次例行聽覺檢查)	
助聽器	\$1,000 (計劃最高年度補助額)。\$1,000 的年度補助額津貼可用於 NationsHearing 公司購買每年最多兩個初級助聽器。	
牙科服務	\$1,000 (牙科服務津貼, 限適用於 Medi-Cal 牙科計劃所承保的牙科服務)	
眼科服務	驗眼: \$0 自付費** (承保每年一次例行檢查) 眼鏡: \$0 自付費, 每兩年可配一副眼鏡 (最高補助額為 \$150)	
精神科服務	住院服務: 第 1 天至第 90 天: 每天支付 \$0**	每次小組及個人治療: \$0 自付費**

月費及福利保障		東華智選 (HMO D-SNP) 計劃	
專業護理院(SNF) (每保障受惠期限為 100 天)	第 1 天至第 100 天: 每天 \$0 自付費**		
物理治療	\$0 自付費**		
救護車服務	每程 \$0 自付費		
交通服務	每次 \$0 自付費**, 每年 48 次單程		
聯邦保健計劃 B 部份藥物	\$0 自付費**		
針灸服務	\$0 自付費**		
非處方藥 (OTC) 項目 / 非處方藥和產品目錄 :	每季度 \$55 (津貼在每個季度末到期)		
雜貨津貼卡	每月 \$45 津貼 (津貼在每個季度末到期)		
D 部份: 處方藥物保障 (CCHP 藥物表上的藥物)	藥物等級	自付費 (會因不同程度的額外資助而改變)*	
年度扣除額	\$0 (如獲得額外資助), \$545 (如沒有額外資助)		
最初期保障的藥物費用 (達到扣除額後) *	費用分擔 1 級 非商標藥物 (包括部份商標藥)	25% 共付費; 如有 LIS 低收入補助: \$0/\$1.55/\$4.50	
	費用分擔 1 級 其他藥物	25% 共付費; 如有 LIS 低收入補助: \$0/\$4.60/\$11.20	
保障間斷期: 年度藥物費用自付額達到 \$5,030 後:	在保障間斷期間, 會員支付非商標或商標藥物 25% 的配藥費。		
重病保障期: 年度藥物費用自付額達到 \$8,000 後:	非商標藥物 (包括部份商標藥)	在此付款階段, 計劃將支付您承保的全部 D 部分藥物費用。您無需支付任何費用。	
	其他藥物		
*月費、自付費、共付費、及扣除額會因不同程度的額外資助而改變。欲了解詳情請與您的醫療保健公司聯絡。 ** 適用於事先授權和轉介規則			

CCHP 東華智選計劃 (HMO D-SNP) 不保障以下的服務, 但可能通過加州醫療補助計劃 Medi-Cal (Medicaid) 獲得:

- 入住長期護理院服務超過一個月再加上一個月
- 例行足部護理
- 失禁用品
- 某些不被聯邦保健 (Medicare) 保障的藥物, 詳情請查閱加州醫療補助計劃 Medi-Cal (Medicaid) 的藥物保障說明
- 牙齒服務

持有聯邦保健 A 部份和 B 部份及加州醫療補助計劃資格並居住在三藩市的人士均可參加此計劃。華人保健計劃 (CCHP) 是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃 (Medicare Advantage HMO plan) 及與加州醫療補助計劃 (Medicaid) 簽有合約提供東華智選計劃 (HMO D-SNP)。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。您可從我們的網址 www.cchphealthplan.com/medicare 參閱保障說明書或星期一至五, 上午 8 時至晚上 8 時致電 1-888-681-3888 (TTY 1-877-681-8898) 了解詳情。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。原式聯邦醫療保障及費用請參閱「聯邦健保與您」手冊, 瀏覽 <https://www.medicare.gov> 或每週七天, 每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) 索取副本。

您的登記前評估清單

於登記前，您需要充分瞭解我們的福利保障及規定。如有任何疑問，請致電 1-877-224-7705（聽力殘障人士請電 TTY 1-877-681-8898）與會員服務中心聯絡，每週 7 天，每天上午 8 時至晚上 8 時。

瞭解福利保障

- 仔細閱讀保障明書（Evidence of Coverage, EOC）的保障內容，特別是您經常使用的服務。請瀏覽 www.CCHPHHealthPlan.com/Medicare 或致電 1-877-224-7705，（聽力殘障人士請電 TTY 1-877-681-8898）以查閱保障明書。
- 查閱醫生名錄書（Provider Directory）或詢問醫生，以確保您的醫生是在網絡內。如果醫生不在網絡內，您則需要選擇一位新醫生。
- 查閱藥房目錄書（Pharmacy Directory）以確保您配處方藥的藥房是在網絡內。如果藥房不在網絡內，您則需要選擇一間新藥房來配購處方藥物。並確保您的處方藥物是在覆蓋範圍內。

瞭解重要規定

- （除非您是全免雙重保障人士，及由州政府支付 B 部份月費）除每月月費外，您必須繼續支付聯邦保健 B 部份的月費。此保費通常每月從您的社會保障福利支票扣除。
- 福利保障，月費及/或自付費或共付費可能會在 2024 年 1 月 1 日作出調整。
- 除緊急情況外，我們不承保由非網絡醫生及醫療機構所提供的服務。
- 此計劃是符合雙重資格特殊需求計劃（D-SNP）。您的資格將取決於您是否獲得聯邦保健及州政府醫療補助計劃的福利援助。
- 影響現時所承保的保障。** 如果您目前已加入聯邦保健優惠計劃 (Medicare Advantage Plan)，在您新的聯邦保健優惠計劃承保開始時，您現時的聯邦保健優惠承保將會自動終止。如果您有 Tricare，在新的聯邦保健優惠計劃承保開始時，您的承保可能會受到影響。請聯絡 Tricare 了解更多詳情。如果您有 Medigap 計劃，在新的聯邦保健優惠計劃承保開始時，您可能因不希望支付某些無法使用的保障而取消您的 Medigap 保單。

申請表格



銷售範圍預約確認表

醫療保險和醫療補助服務中心要求經紀代表在任何面對面的銷售會議之前紀錄銷售預約的範圍，以確保醫療保險受益人（或其授權代表）完全理解與其經紀代表之間的討論內容。本表格上提供的所有信息均為保密信息，應該由每位參保人或其授權代表填寫。

請於下列選擇一項你希望保險經紀人與你討論的醫療計劃並在方格內簡簽

聯邦保健優惠計劃 (Part C) Medicare Advantage Plan (Part C)

這是一項聯邦保健優惠計劃，提供所有聯邦保健 A 及 B 部份的保障或會提供 D 部份的藥物保障。大多數的 HMO，你只可以使用計劃醫療網內的醫生或醫院，急症除外。

聯邦保健特殊需要計劃 (SNP) Medicare Special Needs Plan (SNP)

這是一項為有特別醫療需求的人士而設的聯邦保健優惠計劃。特別醫療需要是指同時持有聯邦保健及加州醫療助卡的人仕，居住在療養院的人仕和有某些慢性疾病的人仕。

通過簽署這表格，表示同意華人保健計劃的經紀代表向你講解閣下在表格上簡簽的有關計劃。與你討論計劃的經紀代表可能是受薪的僱員或和本公司簽有合約，他們並不直接為聯邦政府服務。當你參加後，此經紀代表可能得到報酬。

簽署這表格不代表你要參加本計劃，亦將不會影響你現時已加入的計劃，及不會把你加入聯邦保健計劃。

受益人或授權代表簽署和簽署日期

簽署: _____

簽署日期: _____

如你是授權代表，請在上欄簽署及以正楷填寫下面有關資料

授權代表姓名： _____

與受益人的關係： _____

以下為經紀代表填寫範圍:

經紀代表姓名：	經紀代表電話號碼：
受益人姓名：	受益人電話號碼（選填）：
受益人地址（選填）：	
原始聯絡方式： (非預約)	
經紀代表簽名：	
此次會議討論的計劃：	
預約完成日期：	
[此處由計劃代表填寫]	

預約範圍文件受CMS紀錄保留要求的約束

如果表格是保險受益人在預約期間簽署的，經紀代表請註明沒有在會議期間紀錄SOA的理由。

華人保健計劃（CCHP）是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃（Medicare Advantage HMO plan）及我們東華智選（HMO D-SNP）與加州醫療補助計劃（Medicaid）簽有合約。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

姓名：_____

通常您只能在每年10月15日至12月7日期間的年度入會期投保聯邦保健優惠計劃。在某些特殊情況下，您可能可以在上述期間以外的時間投保。

請細閱以下聲明，並勾選適用於您的情況之聲明。勾選任何一個以下的選項即表示，您保證，據您所知，您符合特殊參保期的資格。如果我們日後判定此資料不正確，您可能會被退保。

- 我剛符合參加聯邦保健的資格。
- 我參加了聯邦保健優惠計劃，但我想在這開放登記期更換計劃（MA OEP）。
- 我最近搬離原有計劃的服務地區；或我最近搬家，而這個計劃是我的新選擇。
搬遷日期：_____
- 最近刑滿釋放。釋放日期：_____
- 最近由永久居住的海外地方搬回美國。搬回日期：_____
- 最近獲得美國合法居留身份。日期：_____
- 最近我的醫療補助計劃改變了（符合新資格、改變級別或失去補助資格）。
日期：_____
- 最近我的藥物額外補助保障改變了（符合新資格、改變級別或失去補助資格）。
日期：_____
- 因為我同時持有聯邦保健及加州醫療補助，所以州政府幫助我支付醫療保險月費；
或我獲得額外補助來支付我的聯邦處方藥物，但我沒有作出改變。
- 我正搬進、居住或離開長期護理院（例如養老院或長期護理院）。
日期：_____
- 終止 PACE 計劃。日期：_____

姓名：_____

- 我最近無意地失去處方藥物保障（保障與聯邦保健一樣）。
日期：_____
- 終止僱員或工會保障。日期：_____
- 我屬於州政府所提供的藥房補助計劃。
- 我的原計劃與聯邦保健終止合約。
- 我參加了聯邦保健（或州政府計劃），而我想選擇另一個計劃。
原來計劃保障開始日期：_____
- 我參加了特殊需求計劃（SNP），但我失去參加該計劃的資格。
日期：_____
- 我受到天氣而導致的緊急情況或重大災難之影響。（由聯邦緊急事務管理局（FEMA）宣布）以上的其中一個聲明適用於我，但由於自然災害，所以我無法登記。

如果上述聲明均不適用於您或您不確定，請聯絡華人保健計劃（CCHP）以了解您的參加資格。電話：1-888-775-7888（聽力殘障人士請電 TTY：1-877-681-8898），10月1日至3月31日期間，每週七天，上午8時至晚上8時。4月1日至9月30日期間，週一至週五，上午8時至晚上8時。

華人保健計劃（CCHP）是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃（Medicare Advantage HMO plan）及與加州醫療補助計劃（Medicaid）簽有合約提供東華智選計劃（HMO D-SNP）。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。CCHP遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

誰可以使用這表格？

持有聯邦醫療保健而想參加聯邦保健優勢計劃的人仕。

如要參加本計劃，您必須符合：

- 美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃的服務地區

重要資料：參加聯邦保健優勢計劃，您必須持有：

- 聯邦保健 A 部分 (醫院保障)
- 聯邦保健 B 部分 (門診保障)

什麼時候使用這表格？

您可以參加本計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (於 1 月 1 日生效)
 - 在首次獲得聯邦保健的 3 個月內
 - 在某些特殊情況下允許您加入或更換計劃
- 到網址 Medicare.gov 查詢更多有關可以參加這個計劃的時間。

這表格需要什麼資料？

- 您聯邦醫療保健卡的號碼 (紅藍白卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

注意：您必須填寫第 1 部分的所有資料。第 2 部分是選擇性填寫 – 您不會因為沒有填寫而被拒絕投保。

溫馨提示：

- 如果您想在秋季年度開放期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 期間加入計劃，該計劃必須在 12 月 7 日前收到您已填寫完整的表格。
- 您的計劃將郵寄該計劃保費賬單給您。您可以選擇每月從銀行帳戶或社會安全局保障 (或鐵路職工退休委員會) 福利中扣除保費。

下一步驟是怎樣？

郵寄您已填妥及簽署的表格：

Attn: Sales Department
Chinese Community Health Plan
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

當您的申請表完成處理後，他們會與您聯絡。

我如何獲得表格？

請致電華人保健計劃 (CCHP)

1-888-681-3888

聽力殘障人士 TTY 致電 1-877-681-8898

或請致電聯邦保健 (Medicare)

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

聽力殘障人士 TTY 致電 1-877-486-2048

En español: Llame a Chinese Community Health Plan al 1-888-681-3888 (TTY: 1-877-681-8898) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 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地址，而使用郵政信箱、庇護所或診所的地址來接收郵件 (如社會安全局保障的支票)，則可能會被視為您的永久地址。

第一部份：必須填寫此頁資料（除可選項外）

請選擇要參加的計劃：

- 東華耆英 (HMO) 計劃 每月 \$39.50
- 東華實惠 (HMO) 計劃 每月 \$0
- 東華智選 (HMO D-SNP) 計劃* 每月 \$0 (如合乎額外資助資格) 或\$41*(如不乎合資格)

*注：東華智選 (HMO D-SNP) 計劃申請人必須享有加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) 的福利。月費會因不同程度的額外資助而改變

名字	姓	中間名 (縮寫)
出生日期 (月/日/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住家電話號碼
永久住址 (不能使用郵政信箱)		
城市	州	郵區編號
郵遞地址，如與永久住址不同 (可使用郵政信箱)		
街道	城市	州 郵區編號

您的聯邦保健資料：

紅藍聯邦醫療保險卡號碼 _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

請回答以下重要問題：

- 除了 CCHP 醫療保障外，您是否還參加其他處方藥保險？ (如 VA, TRICARE)
 是 否
 其他保障名稱： _____
 會員號碼： _____
 保障編號： _____
- 您是否參加了州政府醫療補助計劃 (State Medicaid Program)? 是 否
 如果“是”，請提供您的醫療補助 Medicaid 編號： _____
- 您是否現居住在如護理院型式的長期護理院？ 是 否
 如果“是”，請提供以下資料：
 機構名稱： _____
 機構地址和電話號碼 (號碼和街道)： _____

重要信息：閱讀及簽署

- 我必須保留我的聯邦保健的醫院保障 (A 部分) 和門診保障 (B 部分) 的資格才能繼續持有 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃。
- 參加這聯邦醫療保健計劃即表示我同意 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃可以為了核實我的參加資格、付款和其他目的而由聯邦法律授權收集我的資料。(請參閱下面的《隱私法聲明》)。
- 我明白我一次只能參加一個聯邦醫療保健計劃，並且參加該計劃後將自動終止我參加另一個聯邦醫療保健計劃 (MA PFFS 及 MA MSA 計劃除外)。
- 我知道擁有聯邦保健的人士處於美國以外的地方 (除了美國邊界附近的有限承保之外) 時，聯邦保健通常不會再有保障。
- 我明白由保障生效日期起，我必須從 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃獲得所有的醫療服務和藥物保障。CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃批准的服務及其他例外保障於說明書內的服務 (也稱為會員合同或投保人協議) 都有保障。聯邦醫保健及 CCHP 聯邦醫療保健優勢計劃都不會為不受保障的服務付款。
- 這申請表格中的資料都是真實的。我明白如果試圖在這表格中提供虛假信息，我會被退出這計劃。
- 我明白我在此申請表上的簽名 (或一位法定監護人的簽名) 表示我已經閱讀和明白此申請表中的內容。如經授權的人 (如上所述) 簽名，該簽名證明以下兩點：
 1. 該人員根據州法律獲得授權，可完成此項表格，以及
 2. 聯邦醫療保健可索取該授權書。

簽名

日期

如果您是授權代表，您必須在此簽署並提供以下資料

姓名

地址

電話號碼

與投保人關係

第二部份 (可選擇性填寫)

您可選擇性回答這些問題。您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

您是屬於哪個種族？（選擇所有適合選項）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：
_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞洲人 | <input type="checkbox"/> 不詳 |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 | |
| <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 | |
| <input type="checkbox"/> 白人/高加索人 | |

您是屬於哪個族裔？（選擇所有適合選項）

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 俄羅斯人 |
| <input type="checkbox"/> 美國人 | <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 越南人 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯人 | <input type="checkbox"/> 伊朗人 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：
_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 不詳 |
| <input type="checkbox"/> 黑人 | <input type="checkbox"/> 老撾人 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 中國人 | <input type="checkbox"/> 拉美裔 | |
| <input type="checkbox"/> 歐洲人 | <input type="checkbox"/> 墨西哥人 | |

您是否原籍西班牙語、拉丁或西班牙？（選擇所有適合選項）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 不是，非西班牙語、拉丁或西班牙裔 | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥裔、美籍墨西哥人 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各 | <input type="checkbox"/> 是，古巴 |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙語、拉丁或西班牙裔 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答 |

您用作醫療保健溝通的首選語言：

- | 文字 語言 | 文字 語言 | 文字 語言 |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 美式手語 (ASL) | <input type="checkbox"/> 高棉語 | <input type="checkbox"/> 他加祿語 / 菲律賓語 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 | <input type="checkbox"/> 老撾語 | <input type="checkbox"/> 越南語 |
| <input type="checkbox"/> 保加利亞語 | <input type="checkbox"/> 波斯語 | <input type="checkbox"/> 其他，請註明：
_____ |
| <input type="checkbox"/> 中文 / 廣東話 | <input type="checkbox"/> 波蘭語 | <input type="checkbox"/> 不詳 |
| <input type="checkbox"/> 中文 / 國語 | <input type="checkbox"/> 旁遮普語 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 英語 | <input type="checkbox"/> 俄語 | |
| <input type="checkbox"/> 韓語 | <input type="checkbox"/> 西班牙語 | |

您出生時的指定性別？

- 女性 男性 不詳 選擇不回答

您目前的性別？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 其他性別或其他，請註明：
_____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 跨性別男 / 女性轉男性 (FTM) | |
| <input type="checkbox"/> 跨性別女 / 男性轉女性 (MTF) | |
| <input type="checkbox"/> 性別酷兒（非二元性別） | |

您的性取向？

- 女同性戀 / 男同性戀 / 同性戀
- 異性戀
- 雙性戀

其他，請描述：

- _____
- 不知道
 - 選擇不回答

如果您希望我們使用英語以外的其它語言或無障礙格式發送信息，選擇以下一種：

- 中文
- 西班牙文
- 盲文
- 大字體印刷版
- 音頻光碟

如果您需要其它格式或語言的資料，請致電 1-888-775-7888 聯絡華人保健計劃。我們的辦公時間是星期一至五，上午 8 時至晚上 8 時。聽覺及語言殘障人士 (TTY) 可致電 1-877-681-8898。

您是否工作？ 是 否

您的配偶是否工作？ 是 否

填上主治醫生 (PCP)、診所或保健中心的名稱：

我想通過電子郵件獲得以下資料。可選擇一個或多個。

- 全部
- 醫生及藥房名錄
- 保障說明書 (EOC)
- 年度更改通知書 (ANOC)
- 藥物保障表

電郵地址：

數據私隱保護：

CCHP 及 Balance by CCHP 需遵守各個州及聯邦法律，令您的敏感及個人資料可受保護、保障、保留及保密。這些法律包括**但不限於** 1996 年健康保險便利及責任法案 (HIPAA) 及經濟及臨床病歷資訊科技法案 (HITECH)、聯邦保健及醫療補助中心 (CMS)，及加州消費者隱私保護法 (CCPA) 規管。CCHP 已制定政策及程序確保存取或使用您個人資料的安全性。

CCHP 已制定政策及程序如何規管存取及使用，從現有或將來的健康計劃會員收集得來的種族、民族、首選語言、性別認同及性取向的資料。CCHP 在合規隱私頁面 cchphealthplan.com/your-confidential-medical-info/ 披露如何規管每次有限地存取及使用種族、民族、首選語言、性別認同及性別的資料。有關這些政策的疑問，請致電 CCHP 合規熱線 415-955-8810 或發送電郵至 CCHPComplianceDept@cchphealthplan.com。

支付本計劃會月費

您可以通過郵遞或自動轉帳 (EFT) 或信用卡 支付每月的計劃保費（包括支付逾期登記罰款或其他欠款），您可選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利單中自動扣除保費。

如果您被評估為 **D 部分 - 因收入而需每月調整數額 (Part D-IRMAA)**，您除了本計劃會月費外，您還需要支付這筆額外費用。這額外費用將從您的社會安全退休金中扣除，或會直接收到聯邦保健或 **RRB** 的帳單。請勿支付 **D 部分 - IRMAA** 的費用給華人保健計劃。

收入有限的人士可能符合條件獲得處方藥費額外補助。如果符合，聯邦保健可以為您支付 **75%** 或更多的藥費（包括每月的處方藥保費、每年度的扣除額以及共付保險費）。此外，符合條件的人士將不受保障間斷期或逾期登記罰款的限制，但很多人仕都不知道他們符合此條件。有關該額外補助的更多資料，請聯絡當地的社會安全辦公室或致電社會安全局 (1-800-772-1213)。聽覺及語言殘障 TTY 人士可致電 1-800-325-0778 或上網查詢。www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp 申請這額外補助。

只限本公司使用

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

Effective Date of Coverage: _____

Plan ID: 001 005 007

ICEP AEP MAOEP SEP (type): _____

RECEIVED DATE STAMP

Not Eligible: _____



Broker assisted enrollments:

Please fax completed application to CCHP: 1-415-955-8819

PRIVACY ACT STATEMENT

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

華人保健計劃（CCHP）是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃（Medicare Advantage HMO plan）及與加州醫療補助計劃（Medicaid）簽有合約提供東華智選計劃 (HMO D-SNP)。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。



牙科保健申請表

如果您想投保由 Delta Dental of California 提供的牙科自選補充計劃，請以正楷填寫這份表格，然後將表格寄給華人保健計劃 (CCHP)。

- 是。我想投保東華耆英 (HMO) 計劃的自選牙科綜合計劃，除聯邦保健 B 部分和東華耆英 (HMO) 計劃的每月保費之外，每月另繳保費 \$10。
- 是。我想投保東華實惠 (HMO) 計劃的自選牙科補充計劃，除聯邦保健 B 部分和東華實惠 (HMO) 計劃的每月保費之外，每月另繳保費 \$18。

CCHP	團體保險號 76609	生效日期
-------------	-----------------------	------

申請人資料

姓		名		中間名	CCHP 會員號
永久地址（只能填寫街道地址，不能填寫郵政信箱）					房號
城市		州	郵區	縣	
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期（月/日/年）	住家電話 () -		工作電話 () -	

注意：Delta Dental 會自動為您分配合約牙醫。在收到 Delta Dental 的會員卡後，如需更改您的合約牙醫。請致電 1-855-245-1120（聽力殘障人士可致電 TTY：711）與 Delta Dental 服務中心聯絡，10月1日至3月31日期間，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。其它日期星期一至星期五，上午 8 時至晚上 8 時。

#78954 FM_DCUSA_Enroll_CA_6609 (07-07-14)

華人保健計劃 (CCHP) 是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃 (Medicare Advantage HMO plan) 及與加州醫療補助計劃 (Medicaid) 簽有合約提供東華智選計劃 (HMO D-SNP)。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。

東華耆英 (HMO) 計劃的自選綜合牙科計劃只開放給目前投保東華耆英 (HMO) 計劃或正在申請投保的會員。

東華實惠 (HMO) 計劃的自選補充牙科計劃只開放給目前投保東華實惠 (HMO) 計劃或是正在申請投保的會員。

我明白，如果我參加由 Delta Dental of California 提供的可選牙科保險，我必須支付額外的保費。這些保費是付給華人保健計劃 (CCHP)。我必須繼續支付聯邦保健 B 部份保費。在每月的東華耆英 (HMO) 計劃保費之外，我每月會另外收到一份牙科計劃帳單。這項計劃是自願性的。所有牙科護理都必須在 DeltaCare USA 醫療網內獲得。我可以在任何時候取消承保。如果我選擇退出計劃，我要等到下一次年度選擇期才可重新加入。我知道如「保障說明書」所述，牙科承保由 Delta Dental of California 提供。

我明白，我的合約牙醫將由 Delta Dental 自動分配。在收到 Delta Dental 的會員卡後，我可以聯絡 Delta Dental 服務中心更改我的合約牙醫。電話：1-855-245-1120（聽力殘障人士可致電 TTY：711）與 Delta Dental 服務中心聯絡，10月1日至3月31日期間，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時。其它日期星期一至星期五，上午 8 時至晚上 8 時。

我知道我 (或是根據我所在州的法律獲准的代表人) 在表格簽名，即代表我已經閱讀並了解本申請表的內容。如果由授權代表(如上所述)簽名，該簽名證明 **1)** 此人根據州法可以填寫本投保表格，而且 **2)** 該權限的文件紀錄可供 CCHP 或聯邦保健索取。

申請人簽名 _____ 今天日期 _____

如果您是授權代表代填寫，您必須在上面簽名並填寫以下資料：

姓名 _____

地址 _____

電話號碼 _____ 與申請人關係 _____

請將填妥表格寄至：
Attn: Enrollment and Eligibility Department
Chinese Community Health Plan
445 Grant Avenue
San Francisco, CA 94108

CCHP 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。



One-Time Credit Card Payment Authorization Form (New Enrollment Only)

一次性信用卡付款 | 授權書 (僅限新註冊)

T: 1-888-371-3060
F: 1-415-955-8819

I authorize CCHP to charge the debit/credit card indicated in this authorization form according to the terms outlined below. This payment authorization is for the goods/services described below, for the amount indicated below only, and is valid for one time use only. I certify that I am an authorized user of this credit card and that I will not dispute the payment with my credit card company; so long as the transaction corresponds to the terms indicated in this form.

我授權CCHP根據以下列出條款向本人所出示的扣款卡/信用卡支付費用。此付款授權僅適用於下文所述的商品/服務，金額僅限於以下所列並僅限一次使用。我證明我是這張信用卡的授權持卡人，只要交易符合本表格中指明的金額，我不會與我的信用卡公司就付款提出異議。

Please complete the information below 請填寫以下資料	
Name of Applicant 申請人姓名	Effective Date Requested (MM/DD/TT) 要求生效日期 (月/日/年)
Premium Amount \$ 保費金額	
Credit Card Number 信用卡號碼	Card Type 信用卡種類 <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard
Expiration Date 到期日	Security Code 信用卡安全碼
Cardholder Name 持卡人姓名	
Billing Address 帳單地址	City 城市
State 州	ZIP 郵區號碼
Email 電郵	Phone 電話
Cardholder Signature 持卡人簽名	Date (MM/DD/TT) 日期 (月/日/年)

Important Notice

Any submissions or payments made do not constitute a binding agreement to your policy or coverages. Changes and payments to policies are not effective or binding until you, or any party involved, receive official notice from either your insurance agent or CCHP. If you have any questions, please contact CCHP Sales Department 1-415-955-8831 (TTY 1-877-681-8898).

重要資訊

任何提交的材料或支付的款項並不會對您的保單或保障構成一份具有約束力的協議。在您或任何相關方收到您的保險代理或 CCHP 的正式通知前，您對保單所作出的更改或支付的款項均被視為無效及不具約束力。如有疑問，請致電 1-415-955-8831 (聽力殘障人士 TTY 1-877-681-8898) 聯絡 CCHP 營業部。



445 Grant Ave., San Francisco, CA 94108
Tel: (415) 955-8800 • Fax: (415) 955-8817

CCHP use only

Finance: Entry date _____

Member Services: Recv'd date _____

DST entry date _____

**華人保健計劃
東華耆英(HMO)、東華實惠(HMO)及東華智選(HMO D-SNP)計劃
銀行自動轉帳授權書**

會員資料

會員姓名: _____

(跟保健咭上相同)

華人保健計劃會員號碼: _____ 電話: _____

住址: _____ 城市: _____

州: _____ 郵遞區號: _____ 電郵地址: _____

銀行資料

銀行名稱: _____

戶口持有人姓名: _____ 賬戶類別: 支票 儲蓄

銀行號碼: _____ 戶口號碼: _____

月費金額: \$ _____ 開始自動轉帳月份: _____

請在此附上取消支票一張或存款單以確保資料準確。
我們將會用此資料於閣下戶口中每月扣除保費。

⑆ 22105278⑆	6724301068⑈	2400⑈
Routing Number	Account Number	Check Number

注意: 如閣下選擇自動轉帳收到保健月費的賬單，請不用寄回保費。而閣下的銀行月結單的過數記錄，已是你保健月費付款的證明。若在轉帳當日，閣下的戶口由於資金不足，凍結或關閉，而引致華人保健不能收取保費，閣下須付\$15元手續費。

閱讀後請簽名

這是華人保健計劃與東華耆英會員參加自動轉帳的合約書。款項將會於或大約在每月十五號轉到華人保健計劃的銀行戶口內。本人授權華人保健計劃從本人以下列的銀行戶口內轉帳保費。如果轉帳是週末或假日，自動轉帳則將在下一個工作日從您的帳戶中扣除。

本人授權華人保健計劃從本人以下列的銀行戶口內轉帳保費。我明白如果本人決定取消這項轉帳服務，本人必須以書面通知華人保健計劃。

簽名: _____ 日期: _____

提交此自動轉帳授權表格連同一張取消支票或存款單，請傳真到 1-415-955-8817 或郵寄回到華人保健計劃，445 Grant Ave, San Francisco, CA 94108。請於本月十日之前提交此表格以便自動轉帳於下月開始。如有任何問題，或需要幫助填寫此表格，致電會員服務部 1-888-775-7888，聽力殘障人士可致電 TTY 1-877-681-8898 (星期一至五，上午8時至晚上8時)。

其他支付月費方式：

地點 / 付款方式	信用卡 銀行卡	個人支票 銀行本票 匯票	現金	網上付款講解
華人保健計劃 (CCHP) 445 Grant Ave, #700, San Francisco, CA 94108		○ 郵寄		
會員服務中心 890 Jackson St, San Francisco, CA 94133	○ 親身	○ 親身		○ 親身
Gellert 華康醫務中心 386 Gellert Blvd, Daly City, CA 94015	○ 親身			○ 親身
建東銀行 1023 Stockton St, San Francisco, CA 94108			○ 親身 需攜帶 付款存根	
CCHP 網站 http://cchphealthplan.com/how-to-pay	○ 電子付款			

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sexual orientation, gender identity, and sex characteristics).

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities, including appropriate auxiliary aids and other services, to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including electronic and translated documents and oral interpretation, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services
890 Jackson Street, San Francisco, CA 94133
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129
<https://cchphealthplan.com/>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

華人保健計劃（CCHP）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統（包括有限的英語水平及主要語言）、年齡、殘障或性別（包括性取向、性別認同及性別特徵）而歧視任何人。

華人保健計劃（CCHP）：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，包括適合的輔助設備及其他服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，包括電子文件、翻譯文件、口譯，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃（CCHP）

如果您認為華人保健計劃（CCHP）未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services
890 Jackson Street, San Francisco, CA 94133
1-888-775-7888, 聽力殘障人士電話 1-877-681-8898
傳真 1-415-397-2129
<https://cchphealthplan.com/>

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部) 的 Office for Civil Rights (民權辦公室) 提交民權投訴, 透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或者透過郵寄或電話的方式投訴:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) (聾人用電信設備)

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma materno edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales).

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades incluidas las ayudas auxiliares apropiadas y otros servicios, para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services
890 Jackson Street, San Francisco, CA 94133
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129.
<https://cchphealthplan.com/>

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, and appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, y las ayudas y servicios auxiliares apropiados. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Chinese: 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 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телетайп: 1-877-681-8898)

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)

Hindi: ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

Armenian: Ուշադրութեամբ խոսելու դեպքում, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-888-775-7888 (TTY (հեռախոս)՝ 1-877-681-8898):

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតលុយគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Thai: ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 تماس بگیرید. (TTY: 1-877-681-8898)

Lao (Laotian):

ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

帝利市辦公室

三藩市辦公室



1-888-788-2594 (聽力殘障人士 1-877-681-8898)
星期一至星期日，上午8時至晚上8時



Sales@CCHPHealthPlan.com



www.cchphealthplan.com/medicare-shopping

華人保健計劃（CCHP）是一個與聯邦保健簽有合約的聯邦保健優惠 HMO 計劃（Medicare Advantage HMO plan）及我們東華智選（HMO D-SNP）與加州醫療補助計劃（Medicaid）簽有合約。能否接收會員取決於這合約是否獲得續約。CCHP遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。