

投保表格填寫說明

誰可以使用此表格？

享有 Medicare 並希望加入 HMSA Medicare Advantage Plan 的人士。

如需加入計劃，您必須：

- 為美國公民或在美國合法居留。
- 居住在本計劃的服務區域內

重要事項：如需加入 HMSA Akamai Advantage Dual Care，您還必須具備以下所有條件：

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

我何時可以使用此表格？

您可以在以下情況加入計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間（保險承保從 1 月 1 日開始）
- 首次獲得 Medicare 後三個月內
- 在某些情況下，您可以加入或轉換計劃

請瀏覽 medicare.gov 以瞭解更多有關何時可以登記參加計劃。

填寫此表格需要什麼資料？

- 您的 Medicare 號碼（紅、白、藍 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久性地址和電話號碼

注意：除非註明為可選填，否則您必須完成第 1-4 頁上的所有項目。第 5 頁的項目為可選填 — 您不會因為不填寫這些項目而被拒絕承保。

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入計劃，我們必須在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- HMSA 將向您寄送一份計劃保費帳單。您可以選擇登記，從您的銀行帳戶或每月的社會保障或鐵路職工退休管理委員會 (RRB) 福利中扣除您的保費。

接下來會怎樣？

將您填妥並簽名的表格寄至：

HMSA Medicare Advantage Sales
P.O. Box 3500
Honolulu, HI 96811-9983

一旦我們處理了您的加入申請，我們就會與您聯絡。

我如何獲得有關此表格的協助？

請致電 (808) 948-6235 或 1 (800) 693-4672 聯絡 HMSA Medicare Advantage 銷售人員。TTY 使用者可以撥打 711。

或撥打 Medicare 免費電話 1 (800) MEDICARE [1 (800) 633-4227]。TTY 使用者可撥打免費電話 1 (877) 486-2048。

En español: Llame a HMSA Medicare Advantage Sales al (808) 948-6235 or 1 (800) 693-4672/TTY 711 o a Medicare gratis al 1 (800) 633-4227 y oprima el 8 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固定居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會保障支票）的地址可視為您的固定住址。

重要注意事項：如果您目前有 ACA 或 Medigap 計劃，請務必聯絡您的保險公司取消該計劃，因為該計劃不會自動取消。

如果您目前有其他保健計劃（雇主或工會團體，或 ACA），加入 HMSA Medicare Advantage 可能會影響您的雇主或工會健康福利；請聯絡您的健康保險公司。如果您加入 HMSA Medicare Advantage，您可能失去雇主或工會的健康福利。瀏覽您的雇主或工會寄給您的資料。如果您有疑問，請瀏覽他們的網站或聯絡他們。如果沒有任何聯絡資料，您的福利管理員或回答有關您福利問題的辦公室可以提供協助。

初級保健提供者(PCP)、診所或健康中心(可選填)。無需填寫頭銜。
(例如: John Smith)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名字

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓氏

(月 月 / 年 年 年 年)

我希望 HMSA Akamai Advantage Dual Care
在以下月份的第一天開始

		/	2	0	2	5
--	--	---	---	---	---	---

我明白這是我提議的 HMSA Akamai Advantage Dual Care 開始日期。

請勾選下面的方格：

每月保費

我將投保 HMSA Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP)。..... \$0
適用於夏威夷州居民。此計劃適用於大多數同時擁有 HMSA QUEST (Medicaid) 和
Medicare 的人士。保費可能會根據您接收的額外補助的層級而有所不同。

其他人員的聯絡資料：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名字

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

姓氏

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

與投保人的關係

() -

() -

最常用的電話號碼

第二個電話號碼

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電子郵件地址

第 2 部分：提供您的 MEDICARE 保險資料

				-					-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Medicare 號碼

是 否

您是否已投保 HMSA QUEST (Medicaid)？您必須投保 HMSA QUEST (Medicaid)，
方可投保此 Dual Special Needs 計劃。

如果是，請提供您的 HMSA QUEST 號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第 6 部分：此部分的所有欄位均為可選填。連同申請的其他部分一併交還。
回答這些問題是您的個人選擇。您不會因為沒有填寫這些內容而被拒絕承保。

您是西班牙裔、拉丁裔或原籍西班牙嗎？選擇所有適用項。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或原籍西班牙 | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 是，古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙裔、拉丁裔或原籍西班牙 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

您的種族是什麼？選擇所有適用項。

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 楚克人 | <input type="checkbox"/> 科斯雷人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 | <input type="checkbox"/> 湯加文 |
| <input type="checkbox"/> 美洲印地安人 | <input type="checkbox"/> 斐濟人 | <input type="checkbox"/> 馬紹爾人 | <input type="checkbox"/> 帛琉／貝勞安人 | <input type="checkbox"/> 越南人 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔印度人 | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 中東人 | <input type="checkbox"/> 波納佩亞人 | <input type="checkbox"/> 白人 |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 吉里巴斯人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 | <input type="checkbox"/> 雅浦人 |
| <input type="checkbox"/> 查莫羅人或瓜馬尼亞人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 北非人 | <input type="checkbox"/> 大溪地人 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 其他亞裔 | <input type="checkbox"/> 托克勞人 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答。 |

您在家大部分時間說什麼語言？選擇一個。

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英文 | <input type="checkbox"/> 德文 | <input type="checkbox"/> 韓文 | <input type="checkbox"/> 帛琉文 | <input type="checkbox"/> 湯加文 |
| <input type="checkbox"/> 粵語 | <input type="checkbox"/> 夏威夷語 | <input type="checkbox"/> 老撾語 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞文 | <input type="checkbox"/> 越南文 |
| <input type="checkbox"/> 楚克語 | <input type="checkbox"/> 伊洛卡諾文 | <input type="checkbox"/> 普通話 | <input type="checkbox"/> 西班牙文 | <input type="checkbox"/> 維薩鄢文 |
| <input type="checkbox"/> 法文 | <input type="checkbox"/> 日文 | <input type="checkbox"/> 馬紹爾語 | <input type="checkbox"/> 他加祿語 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

您是否需要口譯員？ 是 否

選擇您是否希望我們以無障礙格式向您寄送資料。 大字版

計劃資訊免費提供伊洛卡諾文、越南文、中文和韓文版本。如果您需要其中一種語言、電郵或無障礙格式的資料，請致電 (808) 948-6235 或 1 (800) 693-4672 聯絡 HMSA Medicare Advantage。我們的辦公時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者可以撥打 711。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: وأهـ صلاب قلعـت ؤلـئـسأـي أ نـع ؤبـاـجـلـل ؤيـنـاـجـمـلـا يـرـوـفـلـا مـجـرـتـمـلـا تـاـمـدـخـمـدـقـنـا نـا
يـلـعـا نـبـلـا صـاـلـا يـوـسـكـيـلـعـسـيـل، يـرـوـفـمـجـرـتـمـيـلـعـلـوـصـحـلـل. اـنـيـدـلـيـوـدـأـلـا لـوـدـجـمـدـخـهـذـهـ. كـتـدـعـاـسـمـبـيـبـرـعـلـا ثـدـحـتـيـا مـصـخـشـمـوقـيـسـيـ. 1 (800) 660-4672 (TTY: 711).
ةـيـنـاـجـمـة.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 660-4672 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。