



注册申请表

2025年1月1日 - 2025年12月31日

2025年加入Medicare 优势计划(C部分)个人登记请求表

谁可以使用此表格？

希望加入Medicare 优势计划的Medicare受益人。

加入计划的条件：

- 必须是美国公民或合法居住在美国。
- 居住在计划的服务区域。

重要：要加入Medicare 优势计划，您还必须拥有：

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

何时使用此表格？

可以加入计划的时间：

- 每年10月15日至12月7日之间 (覆盖从1月1日开始)
- 在首次获得Medicare后的三个月内
- 在某些情况下，您可以更换或加入计划

访问[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)了解更多关于何时可以报名参加计划的信息。

填写此表格所需的内容：

- 您的Medicare号码 (红色、白色、蓝色 Medicare卡上的号码)
- 您的永久地址和电话号码

注意：您必须填写第1部分中的所有项目。第2部分的项目不是必须填写的，您不会因没填写被拒绝。

提醒事项：

- 如果您想在秋季开放登记期间加入计划 (10月15日至12月7日)，计划必须在12月7日之前收到您的完整表格。
您的计划将向您发送一张保费账单。您可以选择通过银行账户或每月从您的社会保障 (或铁路退休委员会) 福利中扣除保费。

下一步是什么？

将填写完整并签名的表格发送到：

Astiva Health

765 The City Drive South #200

Orange, CA 92868

电子邮件：enrollment@astivahealth.com

一旦他们处理了您的加入请求，他们将与您联系。

如何获得帮助？

致电Astiva Health，电话：1-866-688-9021，TTY用户可拨打711。或者，拨打Medicare热线

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，TTY用户可拨打1-877-486-2048。

无家可归者：

- 如果您想加入计划，但没有永久居所、邮政信箱，或居住在庇护所或诊所，您可以使用相关机构的地址 (如社会保障局地址) 作为永久居住地址。

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-NEW. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANT: Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan.



销售预约确认表

美国 Medicare 和 Medicaid 服务中心要求代理人在任何面对面销售会议之前记录营销预约的范围, 以确保了解代理人 and Medicare 受益人 (或其授权代表) 之间将讨论的内容. 请在您希望代理人与您讨论的计划类型旁边的方框中签写您的姓名首字母.

- Medicare 健康维护组织 (HMO) 一种 Medicare 优势计划, 提供所有原始 Medicare A 部分和 B 部分健康保险, 并涵盖 D 部分处方药保险。在大多数 HMO 中, 您只能从计划网络中的医生或医院获得护理 (紧急情况除外).
- Medicare 慢性病特殊需求计划 (C-SNP) 一种 Medicare 优势计划, 其福利方案专为有特殊医疗保健需求的人设计. 服务的特定群体示例包括患有某些慢性疾病的人.

签署此表格, 即表示您同意与销售代理人会面, 讨论您以上勾选的产品类型, 请注意, 将与您讨论产品的人员受雇于或签约于某个 Medicare 计划. 他们不直接为联邦政府工作. 此人还可能根据您加入计划的情况获得报酬. 签署此表格不会影响您当前的注册, 也不会让您加入 Medicare 优势计划、处方药计划或其他 Medicare 计划.

受益人或授权代表签名和签名日期:

签名:	签名日期:
-----	-------

如果您是授权代表, 请在上方签名并在下方用正楷书写您的姓名:

代表姓名:	您与受益人的关系:
-------	-----------

由代理人填写:

代理人姓名:	代理人电话:
受益人姓名:	受益人电话:
受益人地址:	
初始联系方式:	
代理人签名:	日期:

[仅限计划使用]

Astiva 健康是与 Medicare 签约的 HMO. 加入 Astiva 健康取决于合同续签. 注意: 如果您使用其他语言, 可以免费获得语言协助服务. 致电 1-866-688-9021 TTY 711. *预约范围文件须遵守 CMS 记录保留要求.



第一部分 - 此部分中的所有字段均为必填项 (除非标记为可选)

选择您要加入的计划：

服务县：洛杉矶, 橙县, 河滨县, 圣贝纳迪诺县, 圣地亚哥县

- Astiva Health 汇富计划 (HMO) 001 / 每月 \$0**

- Astiva Health 卓越计划 (HMO) 010 / 每月 \$0**
如需Extra Plus福利, 请选择以下选项之一：
_____ SSBCI 杂货津贴 或 _____ 非处方药/健身

- Astiva Health C-SNP 豪华计划 (HMO) 007 / 每月 \$0**

- Astiva Health C-SNP 精华计划 (HMO) 008 / 每月 \$29.70***
*Extra Help 可能支付您的保费

选择您要加入的计划：

服务县：圣克拉拉县

- Astiva Health 汇富计划 (HMO) 011 / 每月 \$0**

- Astiva Health 卓越计划 (HMO) 012 / 每月 \$0**
如需Extra Plus福利, 请选择以下选项之一：
_____ SSBCI 杂货津贴 或 _____ 非处方药/健身

- Astiva Health C-SNP 精华计划 (HMO) 013 / 每月 \$29.70***
*Extra Help可能支付您的保费



您的个人信息：

名：	姓：	[可选：中间名缩写]：
出生日期：(月/日/年)	性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	电话号码：

永久居住地址 (不要填写邮政信箱。注意：对于无家可归者，邮政信箱可被视为您的永久居住地址)：

城市：	[可选：县]：	州：	邮政编码：
-----	---------	----	-------

邮寄地址 (如果与您的永久居住地址不同，则允许使用邮政信箱)：

街道地址： _____

城市：_____ 城市：_____ 邮政编码：_____

您的 Medicare 保险信息：

Medicare 号码：

_____ - _____ - _____

回答以下重要问题：

1. 除了 Astiva Health 计划外，您是否还有其他处方药承保范围 (如 VA、TRICARE)？

是 否

生效日期：_____ 生效日期：_____

其他承保范围的名称：

此承保范围的会员编号：

此承保范围的团体编号：

2. 您是否有其他处方药承保范围 (如雇主团体计划)
在您或您的其他家庭成员的保单下？

是 否

如果是，请回答以下问题：

其他承保范围的名称：_____

保单号：_____

承保生效日期：_____

会员 ID 号：_____

团体号：_____

3. 您是否参加了您所在州的 Medicaid 计划？ 是 否

如果是，请提供您的 Medicaid 号码：_____

4. 登记前资格评估

- 如果您要登记我们的特殊需求计划 (C-SNP) 之一，请填写我们的登记前资格评估表。
- 如果您要登记 MAPD 计划 010 或计划 012，请填写慢性病特殊补充福利 (SSBCI) 杂货申请表。



C-SNP 预注册资格评估表

您是否正在注册 Astiva Health (HMO C-SNP) 计划?

是 否

如果是, 您理解此计划是慢性病特殊需求计划 (C-SNP). 美国联邦医疗保险和医疗补助服务中心 (CMS) 要求提供 C-SNP 计划的医疗保险优势计划必须从您的医生处获得以下符合条件的医疗状况的书面验证.

我确认患有以下疾病之一 (请勾选所有适用项):

- 糖尿病
- 慢性静脉血栓栓塞疾病
- 心律失常
- 冠状动脉疾病
- 外周血管疾病
- 充血性心力衰竭
- 受保人没有上述任何慢性疾病

我 (填写姓名) _____ 理解如果我的医生不能确认我患有一种或多种符合条件的慢性疾病, 我将被取消慢性病特殊需求计划 (C-SNP) 的注册并转入其他计划.

请列出所有可以验证您病情的医生:

医生:	专科:
电话:	传真:

医生:	专科:
电话:	传真:

SSBCI 杂货申请表

名：	姓：
出生日期：	Medicare 号码：

如果您有以下任何一种疾病, 请勾选方框：

<input type="checkbox"/> 慢性酒精和其他药物依赖, 包括大麻、可卡因、阿片类药物、甲基苯丙胺、镇静剂、催眠药或抗焦虑药。	<input type="checkbox"/> 癌症, 任何类型。
<input type="checkbox"/> 心血管疾病, 包括心律失常、阵发性或慢性心房颤动、室性心律失常、室上性心律失常、心脏传导阻滞、病态窦房结综合征、充血性心力衰竭、冠状动脉疾病、动脉粥样硬化、周围血管疾病、脑血管意外、短暂性脑缺血发作、慢性静脉血栓栓塞性疾病。	<input type="checkbox"/> 自身免疫性疾病, 包括银屑病、系统性红斑狼疮 (SLE)、类风湿性关节炎 (RA)、干燥综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、乳糜泻、格雷夫斯病、桥本甲状腺炎、艾迪生病、多发性硬化症、血管炎、恶性贫血、格林 - 巴利综合征。
<input type="checkbox"/> 慢性心力衰竭。	<input type="checkbox"/> 高血压。
<input type="checkbox"/> 高脂血症。	<input type="checkbox"/> 痴呆症。
<input type="checkbox"/> 慢性致残性精神疾病, 包括精神分裂症、双相情感障碍、强迫症、偏执型精神障碍、抑郁症、创伤后应激障碍。	<input type="checkbox"/> 慢性肺部疾病, 包括哮喘、慢性肺阻塞性疾病 (COPD)、肺气肿、慢性支气管炎、间质性肺病。
<input type="checkbox"/> 糖尿病。	<input type="checkbox"/> 终末期肝病。
<input type="checkbox"/> 终末期肾病 (ESRD)。	<input type="checkbox"/> HIV/艾滋病。
<input type="checkbox"/> 严重血液病, 包括严重贫血、任何类型的淋巴瘤、白血病、血友病、凝血障碍、血小板减少症、血小板增多症。	<input type="checkbox"/> 神经系统疾病, 包括阿尔茨海默病、帕金森病、慢性偏头痛、自闭症谱系障碍、脑瘫、外伤性脑损伤、脊髓狭窄、脊髓灰质炎、肌营养不良症、癫痫、脊髓损伤。
<input type="checkbox"/> 中风, 包括脑血管意外、短暂性脑缺血发	



SSBCI 杂货申请表(持续)

请列出所有可以验证您病情的医生：

医生：	专科：
电话：	传真：

医生：	专科：
电话：	传真：



重要 - 请阅读并签署以下内容：

- 我必须保留住院保险 (A 部分) 和医疗保险 (B 部分) 才能继续参加 Astiva Health 计划。
- 加入此 Medicare 优势计划, 即表示我承认 Astiva Health 将与 Medicare 共享我的信息, Medicare 可能会使用这些信息来跟踪我的注册情况、进行付款以及用于联邦法律授权收集此信息的任何其他目的 (请参阅下面的隐私法案声明)。您对此表格的回复是自愿的。但是, 不回复可能会影响您加入计划。
- 我了解我一次只能参加一个 Medicare 优势计划, 并且加入此计划将自动终止我在另一个 Medicare 优势计划中的注册 (Medicare 优势 PFFS、Medicare 优势 MSA 计划除外)。
- 我了解当我的 Astiva Health 承保范围开始时, 我必须从 Astiva Health 获得我的所有医疗和处方药福利。Astiva Health 提供并包含在我的 Astiva Health “承保范围证明”文件 (也称为会员合同或订户协议) 中的福利和服务将被涵盖。Medicare 和 Astiva Health 均不会支付未涵盖的福利或服务。
- 此注册表上的信息据我所知是正确的。我了解如果我故意在此表格上提供虚假信息, 我将被取消计划注册资格。
- 我在下方签名授权此注册表中列出的提供者和/或我的初级保健医生向 Astiva Health 披露我的健康信息和/或提供医疗记录。
- 我了解我在此申请上的签名 (或合法授权代表我行事的人的签名) 表示我已阅读并理解此申请的内容。如果由授权代表 (如上所述) 签署, 则此签名证明:
 - 1) 此人根据州法律获得授权完成此注册, 并且
 - 2) Medicare 要求时可提供此授权文件。

信息披露授权

我在下方签名授权此注册表中列出的提供者和/或我的初级保健医生向 Astiva Health 披露我的健康信息和/或提供医疗记录。

签名：

今天日期：

如果您是授权代表, 请在上方签名并填写以下字段：

姓名：

地址：

电话号码：

与登记人的关系：

第二部分 - 此部分中的所有字段均为可选

回答这些问题是您的选择. 您不会因为不填写它们而被拒绝承保.

您是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统吗? 选择所有适用的.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 否, 不是西班牙裔、拉丁裔/a 或西班牙血统 | <input type="checkbox"/> 是, 墨西哥裔、墨西哥裔美国人、奇卡诺 |
| <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、拉丁裔或西班牙血统 | |
| <input type="checkbox"/> 我选择不回答 | |

您的种族是什么? 选择所有适用的.

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

如果您希望我们以英语以外的语言向您发送信息, 请选择一项.

- 西班牙语 越南语 韩语 中文 其他: _____

如果您希望我们以无障碍格式向您发送信息, 请选择一项.

- 盲文 大字体 音频 CD 数据 CD

如果您需要上述列表以外的无障碍格式信息, 请联系 Astiva 健康, 电话: 1-866-688-9021. 营业时间为 10 月 1 日至 3 月 31 日期间的周一至周日上午 8:00 至晚上 8:00, 以及 4 月 1 日至 9 月 30 日期间的周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00. TTY 用户可以拨打 711.

您工作吗? 是 否

您的配偶工作吗? 是 否

我希望通过电子邮件获取以下资料. 选择一项或多项.

- 承保范围证明 处方集 药房目录 提供者目录



短信和电子邮件选择加入

手机号码: (____) _____ - _____

通过提供我的号码, 我同意接收 Astiva Health 发送的有关健康福利、服务或任何其他目的的自动和/或其他短信. 此类同意不是接收任何服务的条件, 我可以随时通过致电 Astiva Health 或回复“STOP”到任何消息来选择退出.

电子邮件: _____

通过提供我的电子邮件地址, 我同意以电子方式而非美国邮件接收 Astiva Health 的通讯和材料, 我了解这将包括诸如 C 部分和 D 部分福利说明 (EOB)、年度变更通知 (ANOC) 和其他材料等文件. 我可以随时通过致电 Astiva Health 更改回美国邮件.

您的初级保健医生信息:

初级保健医生名:	初级保健医生姓:	初级保健医生中间名缩写:
IPA/医疗集团:		
初级保健医生 ID#:	现有患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
紧急联系人:	关系:	电话号码:

仅适用于帮助登记人填写此表格的个人

如果您是帮助登记人填写此表格的个人 (即代理人、经纪人、SHIP 顾问、家庭成员或其他第三方), 请填写此部分.

姓名:	与登记人的关系:
签名:	国家生产商编号 (仅限代理人/经纪人):



支付您的计划保费

如果您登记 **Astiva Health 计划 001、010 和 007、011、012**,每月保费为 **\$0**:如果我们确定您需要支付滞纳金(或者您目前有滞纳金),我们需要知道您希望如何支付.您可以通过邮件支付.您还可以选择每月从您的社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣除保费.如果您被评估为 D 部分收入相关的每月调整金额,社会保障局将通知您.除了您的计划保费之外,您还将负责支付这笔额外费用.您将从您的社会保障金福利支票中扣除该金额,或由 Medicare 或 RRB 直接向您收费. **请勿向 Astiva Health 支付 D 部分-IRMAA.**

如果您登记 **Astiva Health C-SNP 精华计划 (HMO) 008 或 Astiva Health C-SNP 精华计划 (HMO) 013**,每月保费:您可以通过邮件支付您的每月计划保费,包括您当前拥有或可能欠下的任何滞纳金.您还可以选择每月从您的社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣除保费.

如果您被评估为 D 部分收入相关的每月调整金额,社会保障局将通知您.除了您的计划保费之外,您还将负责支付这笔额外费用.您将从您的社会保障金福利支票中扣除该金额,或由 Medicare 或 RRB 直接向您收费. **请勿向 Astiva Health 支付 D 部分-IRMAA.**

如果您不选择付款方式,您将每月收到账单.

请选择保费支付方式:

- 收到账单
- 从您的每月社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣除(社会保障金/RRB 扣除可能需要在社会保障金或 RRB 批准扣除后两个月或更长时间才能开始.在大多数情况下,如果社会保障金或 RRB 接受您自动扣除的请求,则从您的社会保障金或 RRB 福利支票中首次扣除的款项将包括从您的登记生效日期到开始扣缴时应付的所有保费.如果社会保障金或 RRB 不批准您自动扣除的请求,我们将向您发送每月保费的纸质账单.)

* 仅供办公室使用

代理人/经纪人:		NPN 编号:	
11			
代理机构:		承保生效日期:	
ICEP/IEP:	AEP:	SEP (类型):	不符合资格:



登记期资格证明

通常,您只能在每年的10月15日至12月7日的年度登记期期间登记 Medicare 优势计划. 也有一些例外情况允许您在此期间之外登记 Medicare 优势计划.

请仔细阅读以下声明,并在声明适用于您的情况下勾选方框. 勾选以下任何方框即表示您证明,据您所知,您有资格参加登记期. 如果我们之后确定此信息不正确,您可能会被取消登记.

我是 Medicare 新会员.

我已登记 Medicare 优势计划,并希望在 Medicare 优势开放登记期 (MA OEP) 期间进行更改.

我最近搬到了我当前计划的服务区之外,或者我最近搬家了,而此计划对我来说是一个新选择.**我已于(或将于)** (插入日期) **搬家** 月 日 年

我最近获释.
我已于(或将于) (插入日期) **获释**. 月 日 年

我最近在美国境外永久居住后返回美国.
我已于(或将于) (插入日期) **搬回美国**. 月 日 年

我最近获得了在美国的合法居留身份.
我已于(或将于) (插入日期) **获得此身份**. 月 日 年

我最近的医疗补助发生了变化 (新获得了医疗补助、医疗补助援助水平发生了变化或失去了医疗补助).
此变化发生在 (插入日期). 月 日 年

我最近支付 Medicare 处方药承保范围的Extra Help发生了变化 (新获得了Extra Help、Extra Help水平发生了变化或失去了额外帮助). **此变化发生在** (插入日期). 月 日 年

我同时拥有 Medicare 和Medicaid (或我的州帮助支付我的 Medicare 保费), 或者我获得了支付 Medicare 处方药承保范围的额外帮助,但我没有发生变化.

我参加了州药物援助计划. 或者我正在失去州药物援助计划的帮助.

我最近搬出了长期护理机构 (例如疗养院或康复医院).
我已于 (插入日期) **搬出**. 月 日 年

我住在长期护理机构 (例如疗养院或康复医院).



登记期资格证明

<input type="checkbox"/> 我是 Medicare 新会员, 并且在我的 A 部分和/或 B 部分承保范围开始后收到了有关获得 Medicare 的通知. 我于(插入日期)收到了有关获得 Medicare 的通知.	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我之前已参加 Medicare, 但我现在年满 65 岁.	
<input type="checkbox"/> 我离开了雇主或工会的承保范围(包括 COBRA 承保范围). 我已于(或将于)(插入日期)离开.	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我失去了其他非 Medicare 处方药承保范围(可信承保范围), 该承保范围与 Medicare 处方药承保范围一样好, 或者我的其他非 Medicare 处方药承保范围发生了变化, 不再被视为可信. 此情况发生在(插入日期).	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我已经拥有住院保险(A部分), 并且最近登记了医疗保险(B部分). 我想加入 Medicare 优势计划.	
<input type="checkbox"/> 我失去了我的特殊需求计划, 因为我不再具有该计划所需的条件. 此情况发生在(插入日期).	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我想加入一个针对我的慢性病调整其福利的特殊需求计划.	
<input type="checkbox"/> 我失去了我的承保范围, 因为 Medicare 终止了与我的计划的合同. 我收到了 Medicare 的一封信, 说我可以加入另一个计划. 我的计划已于(或将于)(插入日期)结束.	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我失去了我的承保范围, 因为我的计划不再涵盖我居住的地区, 或者它终止了与 Medicare 的合同.	
<input type="checkbox"/> 我最近离开了 PACE (老年人全方位护理计划). 我已于(插入日期)放弃了我的承保范围.	月 日 年
<input type="checkbox"/> 我已登记 Medicare (或我的州) 的计划, 并且我想选择一个不同的计划. 该计划于(插入日期)开始.	月 日 年
<input type="checkbox"/> 在过去的 12 个月中, 我年满 65 岁时加入了带有处方药承保范围的 Medicare 优势计划.	
<input type="checkbox"/> 我正在登记一个 5 星级 Medicare 计划.	
<input type="checkbox"/> 我参加的计划在过去 3 年中星级评定低于 3 星. 我想加入一个星级评定为 3 星或更高的计划.	
<input type="checkbox"/> 我参加的计划最近因财务问题被州政府接管. 我想换到另一个计划.	



登记期资格证明

月 日 年

当我第一次加入 Medicare 优势计划时,我放弃了 Medicare 补充保险 (Medigap) 保单. 自从我离开我的 Medigap 保单以来,还不到 12 个月。我想改回原始 Medicare, 以便我可以恢复我的 Medigap 保单, 并且我正在加入药物计划 (D 部分).
我的 Medicare 优势计划开始于 (插入日期).

我受到了紧急情况或重大灾难的影响 (由联邦紧急事务管理局 (FEMA) 或联邦、州或地方政府实体宣布). 此处适用于我的其他声明之一, 但我由于自然灾害而无法提出登记请求.

我为 A 部分支付保费, 并且在一般登记期 (每年 1 月 1 日至 3 月 31 日) 期间登记了 B 部分. 我想加入 Medicare 药物计划 (D 部分) 或带有药物承保范围的 Medicare 优势计划.

我在特殊登记期期间登记了 A 部分 (住院保险) 或 B 部分 (医疗保险), 我因特殊情况而有资格参加. 我想加入 Medicare 优势计划 (有或没有药物承保范围).

我在特殊登记期期间登记了 A 部分 (住院保险) 或 B 部分 (医疗保险), 我因特殊情况而有资格参加. 我想加入 Medicare 药物计划 (D 部分).

其他 : _____

如果您不符合这些声明中的任何一项, 或者您不确定, 请联系 Astiva Health, 电话: 1-866-688-9021 (TTY 用户应致电 711), 以了解您是否有资格登记. Astiva Health 是与 Medicare 签约的 HMO. 加入 Astiva Health 取决于合同续签。我们的营业时间为: 10 月 1 日至 3 月 31 日期间的周一至周日上午 8:00 至晚上 8:00, 以及 4 月 1 日至 9 月 30 日期间的周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00.

隐私法案声明 Medicare 和医疗补助服务中心 (CMS) 从 Medicare 计划中收集信息, 以跟踪受益人在 Medicare 优势 (MA) 中的登记情况、改善护理以及支付 Medicare 福利. 社会保障法第 1851 条和 42 CFR § § 422.50 和 422.60 授权收集此信息. CMS 可以根据记录系统通知 (SORN) “Medicare 优势处方药 (MARx)” (系统编号 09-70-0588) 中的规定使用、披露和交换 Medicare 受益人的登记数据. 您对此表格的回复是自愿的. 但是, 不回复可能会影响您加入计划.