

FORM NG PAGHILING PARA SA INDIBIDWAL NA PAGPAPATALA PARA MAGPATALA SA ISANG MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PART C)

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Mga taong may Medicare na gustong sumali sa Medicare Advantage Plan

Para sumali sa plano, kailangan mong:

- Maging mamamayan ng Estados Unidos o legal kang namamalagi sa U.S.
- Manirahan sa lugar ng serbisyo ng plano

Mahalaga: Para sumali sa Medicare Advantage Plan, kailangang mayroon ka ng parehong:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Medikal na Insurance)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa isang plano:

- Sa pagitan ng Oktubre 15–Disyembre 7 bawat taon (para sa saklaw simula Enero 1)
- Sa loob ng 3 buwan mula sa unang pagtanggap sa Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali sa o lumipat ng plano

Bisitahin ang Medicare.gov para matuto nang higit pa tungkol sa kung kailan ka makakapagpalista sa isang plano.

Ano ang kailangan ko para makompleto ang form na ito?

- Ang iyong Numero ng Medicare (ang numero sa iyong pula, puti, at bughaw na card ng Medicare)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat mong kompletuhin ang lahat ng item sa Seksyon 1. Ang mga item sa Seksyon 2 ay opsyonal — hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw kahit hindi mo punan ang mga ito.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa isang plano sa panahon ng bukas na pagpapatala sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang iyong nakompletong form bago lumipas ang Disyembre 7.
- Magpapadala sa iyo ang iyong plano ng bill para sa premium ng plano. Maaari mong piliing magpalista para ibawas ang iyong mga pagbabayad para sa premium mula sa iyong account sa bangko, o sa iyong buwanang benepisyo sa Social Security (o Railroad Retirement Board).

Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong nakumpleto at nilagdaang form sa:

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

Kapag naiproseso na nila ang iyong kahilingan sa pagsali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakakuha ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang L.A. Care Health Plan sa 1-833-592-3767. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. O kaya, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

En español: Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / 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.

Mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa isang plano ngunit wala kang permanenteng tirahan, maaaring ituring ang Post Office Box, address ng silungan o klinika, o ang address kung saan ka nakatatanggap ng liham (hal., mga tseke sa social security) ay na address ng iyong permanenteng tirahan.

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles (Paperwork Reduction Act) ng 1995, walang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon, maliban kung nagpapakita ito ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Ang oras na kinakailangan para makompleto ang impormasyong ito ay tinatantya na nasa average na 20 minuto bawat tugon, kabilang ang oras para masuri ang mga tagubilin, maghanap ng mga kasalukuyang mapagkukunan ng data, mangalap ng kinakailangang data, at kompletuhin at suriin ang pagkolekta ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtatantya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapahusay ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o anumang bagay na may personal na impormasyon mo (tulad ng mga claim, pagbabayad, medikal na talaan, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Sisirain ang anumang bagay na makukuha namin na hindi tungkol sa kung paano mapapahusay ang form na ito o ang pasanin sa pagkolekta nito (nakabalangkas sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plano. Tingnan ang "Ano ang susunod na mangyayari?" sa pahinang ito para ipadala ang iyong nakompletong form sa plano.

Seksyon 1 – Opsyonal ang lahat ng field sa seksyong ito

Piliin ang planong gusto mong salihan:

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 bawat buwan

PANGALAN: _____ APELYIDO: _____ [Opsyonal: Gitnang Inisyal]: _____

Petsa ng kapanganakan: (MM/DD/YYYY) (/ /)	Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Numero ng telepono: ()	Uri ng numero ng telepono: <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Mobile
--	---	----------------------------	--

Address ng kalye ng Permanenteng Tirahan (Huwag maglagay ng PO Box):

Lungsod: _____ [Opsyonal: Bansa]: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____

Mailing address, kung iba sa iyong permanenteng address (pinapayagan ang PO Box):

Address ng kalye: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____

Ang iyong impormasyon sa Medicare:

Numero ng Medicare: - -

Sagutan ang mahahalagang tanong na ito:

Magkakaroon ka ba ng iba pang saklaw sa inireresetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bilang karagdagan sa L.A. Care Medicare Plus?
 Oo Hindi

Pangalan ng iba pang saklaw: _____ Numero ng miyembro para sa saklaw na ito: _____ Numero ng grupo para sa saklaw na ito: _____

Nakatala ka ba sa Medi-Cal?

Oo Hindi

Kung "Oo", mangyaring ibigay ang iyong Numero ng Medi-Cal:

MAHALAGA: Basahin at lagdaan sa ibaba:

- Dapat kong panatilihin ang parehong Ospital (Part A) at Medikal (Part B) para manatili sa L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP).
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage na ito, kinikilala ko na ibabahagi ng L.A. Care Medicare Plus ang aking impormasyon sa Medicare, na maaaring gamitin ito para subaybayan ang aking pagpapatala, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pagkolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag ng Batas sa Pagkapribado (Privacy Act Statement) sa ibaba). Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano ang hindi pagtugon.
- Nauunawaan ko na maaari lang akong magpatala sa isang plano ng MA sa isang pagkakataon – at awtomtikong wawakasan ng pagpapatala sa planong ito ang aking pagpapatala sa isa pang plano ng MA (nalalapat ang mga pagbubukod para sa mga plano ng MA PFFS, MA MSA).
- Nauunawaan ko na kapag nagsimula ang aking saklaw sa L.A. Care Medicare Plus, dapat kong makuha ang lahat ng aking mga benepisyong medikal at inireresetang gamot mula sa L.A. Care Medicare Plus. Sasaklawin ang mga benepisyo at serbisyong ibinigay ng L.A. Care Medicare Plus at nasa aking L.A. Care Medicare Plus na dokumentong "Ebidensya ng Saklaw" (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Hindi magbabayad ang Medicare o L.A. Care Medicare Plus para sa mga benepisyo o serbisyong hindi saklaw.
- Ang impormasyon sa form ng pagpapatala na ito ay tama sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkakatala sa plano.
- Nauunawaan ko na ang aking lagda (o ang lagda ng taong legal na awtorisadong kumilos sa ngalan ko) sa aplikasyong ito ay nangangahulugan na nabasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng isang awtorisadong kinatawan (tulad ng inilalarawan sa itaas), ang lagdang ito ay nagpapatunay na:
 - 1) Ang taong ito ay pinahihintulutan sa ilalim ng batas ng Estado na kompletuhin ang pagpapatalang ito at,
 - 2) Ang dokumentasyon ng awtoridad na ito ay makukuha kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:

Petsa ngayon:

Kung ikaw ang pinahihintulutang kinatawan, lumagda sa itaas at punan ang mga field na ito:

Pangalan: _____ Address: _____

Numero ng telepono: _____ Relasyon sa nagpatala: _____

Seksyon 2 - Opsyonal ang lahat ng field sa seksyong ito

Nasa desisyon mo ang pagsagot sa mga tanong na ito. Hindi ka maaaring tanggihan sa iyong saklaw dahil hindi mo pinunan ang mga ito.

Ang iyong pinagmulan ba ay Hispanic, Latino/a, o Espanyol? Piliin ang lahat ng nalalapat.

Hindi, hindi sa Hispanic, Latino/a, o Espanyol na pinagmulan

Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a

Oo, Puerto Rican

Oo, Cuban

Oo, isa pang Hispanic, Latino/a, o Espanyol na pinagmulan

Pinipili kong hindi sumagot.

Ano ang lahi mo? Piliin ang lahat ng nalalapat.

American Indian o Katutubo sa Alaska

Black o African American

Asyano:

Katutubong Hawaiian at Taga-Isla Pasipiko:

Asian Indian

Guamanian o Chamorro

Chinese

Katutubong Hawaiian

Filipino

Samoan

Japanese

Iba pang Taga-Isla Pasipiko

Korean

White

Vietnamese

Pinipili kong hindi sumagot

Iba pang Asyano

Ano ang iyong kasarian? Pumili ng isa.

Babae

Ibang katawagan ang ginagamit ko: _____

Lalaki

Non-binary

Pinipili kong hindi sumagot.

Alin sa mga sumusunod ang pinakamabuting naglalarawan ng kung papaano mo itinuturing ang iyong sarili? Pumili ng isa

Tomboy (lesbian) o bakla

Ibang katawagan ang ginagamit ko: _____

Tuwid, iyon ay, hindi bakla o tomboy (lesbian)

Bisexual

Hindi ko alam

Pinipili kong hindi sumagot.

Piliin ang wikang gusto mong gamitin sa pakikipag-usap, kung hindi Ingles.

Espanyol Mandarin Cantonese Korean Armenian Russian Arabic

Tagalog Vietnamese Farsi Khmer/Cambodian

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa isang wika maliban sa Ingles.

Espanyol Chinese Korean Armenian Russian Arabic Tagalog

Vietnamese Farsi Khmer/Cambodian

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa naa-access na format.

Malaking titik Audio CD Data CD Braille

Mangyaring makipag-ugnayan sa L.A. Care Medicare Plus sa 1-833-522-3767 kung kailangan mo ng impormasyon sa isang naa-access na format maliban sa nakalista sa itaas. Bukas kami nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711 na numero.

Nagtatrabaho ka ba? Oo Hindi

Nagtatrabaho ba ang asawa mo? Oo Hindi

Ilista ang iyong Doktor ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Physician, PCP):		
Numero ng Telepono ng PCP: ()		Address ng PCP:
Numero ng ID ng Provider ng L.A. Care (nakalista sa direktoryo ng provider):	Grupong Medikal / IPA:	Ikaw ba ay kasalukuyang pasyente ng doktor na ito? [] Oo [] Hindi
Ang iyong pangalawang Numero ng Telepono: ()		Uri ng numero ng telepono: [] Bahay [] Mobile
[] Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa kahong ito, pumapayag kang pahintulutan ang L.A. Care na makipag-ugnayan at makipag-usap sa iyo, kasama ang sa pamamagitan ng pagtawag o pag-text. Maaari mong baguhin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa L.A. Care.		
E-mail address:		
[] Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa kahong ito, pumapayag kang pahintulutan ang L.A. Care na makipag-ugnayan at makipag-usap sa iyo sa pamamagitan ng email. Patuloy kang makakatanggap ng Mahalagang Impormasyon sa Plano sa pamamagitan ng Mail. Maaari mong baguhin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa L.A. Care Medicare Plus sa 1-833-522-3767 TTY 711.		

Buong pangalan ng contact sa panahon ng emergency:	Numero ng telepono ng contact sa panahon ng emergency: ()
Email ng contact sa panahon ng emergency:	Kaugnayan sa Benepisyaryo:

Para sa mga indibidwal na tumutulong sa nagpapatala sa pagkumpleto ng form na ito	
Kumpletuhin ang seksyong ito kung ikaw ay isang indibidwal (ibig sabihin, mga ahente, broker, tagapayo sa SHIP, mga miyembro ng pamilya o iba pang mga partido) na tumutulong sa isang nagpapatala na kumpletuhin ang form na ito	
Pangalan:	Kaugnayan sa nagpapatala:
Lagda:	Pambansang Numero ng Producer (Mga Ahente/Bokers lang):
Numero ng Telepono:	Email Address:
Petsa ng Pagtanggap:	Ipinanukalang Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa:

PAHAYAG NG BATAS SA PAGKAPRIBADO

Nangongolekta ang Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa Mga Medicare Advantage (MA) Plan, pagbutihin ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyo ng Medicare. Mga Seksyon 1851 ng Social Security Act at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 pinapahintulan ang pagkolekta ng impormasyong ito. Maaaring gamitin, isiwalat at palitan ng CMS ang data ng pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare gaya ng tinukoy sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano ang hindi pagtugon.