

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 United States o legal kang namamalagi sa U.S.
- Manirahan sa lugar ng serbisyo ng plano

Mahalaga: Para sumali sa Medicare Advantage Plan, kailangan mo ring magkaroon ng pareho:

- Medicare Part A (Seguro 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 mga 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: YDapat 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.

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles (Paperwork Reduction Act) ng 1995, hindi kinakailangang tumugon ng isang tao 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 mga komento kaugnay ng katumpakan ng (mga) taya 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 iyong personal na impormasyon (tulad ng mga claim, bayad, medikal na rekord, 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 upang ipadala ang iyong nakumpletong form sa plano.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa isang plano sa isang panahon ng bukas na pagpapatala sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang iyong nakumpletong form bago lumipat ang Disyembre 7.
- Magpapadala sa iyo ang iyong plano ng bill para sa premium ng plano. Maaari mong piliin 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 2 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 nakatanggap ng liham (hal., mga tseke sa social security) ay na address ng iyong permanenteng tirahan.

Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay kinakailangan (maliban kung may markang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

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

UNANG pangalan:

APELYIDO:

[Opsyonal: Gitnang Inisyal]:

Petsa ng kapanganakan: (MM/DD/YYYY)
(/ /)

Kasarian:
Lalaki Babae

Numero ng telepono:
()

Uri ng numero ng telepono:
 Bahay 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 coverage:

Numero ng miyembro para sa coverage na ito:

Numero ng grupo para sa coverage 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) upang 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 awtomatikong 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. Ang mga benepisyo at serbisyong ibinibigay ng L.A. Care Medicare Plus at nakapaloob sa aking dokumento ng L.A. Care Medicare Plus na "Evidence of Coverage" (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan ng subscriber) ay sasaklawin. Hindi magbabayad ang Medicare o ang 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 pinirmahan ng isang pinahihintulatang kinatawan (tulad ng inilarawan sa itaas), ang lagdang ito ay nagpapatunay na:
 - 1) Ang taong ito ay pinahihintulutan sa ilalim ng Batas ng Estado para kompletuhin ang pagpapatala na ito, at
 - 2) Ang dokumentasyon ng pahintulot na ito ay makukuha kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:

Petsa sa araw na ito:

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

Pangalan

Address:

Numero ng telepono:

Kaugnayan sa Benepisyaryo:

Seksyon 2 - Opsyonal ang lahat ng field sa pahinang 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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o may pinagmulang Espanyol <input type="checkbox"/> Oo, Puerto Rican <input type="checkbox"/> Oo, iba pang Hispanic, Latino/a, o pinagmulang Espanyol <input type="checkbox"/> Pinipili kong hindi sumagot. | <input type="checkbox"/> Oo, Mexicano, Mexican American, Chicano/a <input type="checkbox"/> Oo, Cuban |
|---|--|

Ano ang lahi mo? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Katutubong Amerikano o Katutubong Alaskan Asianong Indiano Asyano: <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Intsik <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hapon <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Taga-Vietnam <input type="checkbox"/> Iba pang Asyano | <input type="checkbox"/> Itim o Afrikanong Amerikano Katutubong Hawaiian at Pacific Islander: <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro <input type="checkbox"/> Katutubong Hawaiian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Iba pang Pacific Islander <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Pinipili kong hindi sumagot. |
|--|---|

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

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Espanyol | <input type="checkbox"/> Mandarin | <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> Koreano | <input type="checkbox"/> Armenian | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> Arabic |
| <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Khmer/Cambodian | | | |

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

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Espanyol | <input type="checkbox"/> Intsik | <input type="checkbox"/> Koreano | <input type="checkbox"/> Armenian | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> Arabic | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Khmer/Cambodian | | | | |

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

- | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malalaking print | <input type="checkbox"/> Audio CD | <input type="checkbox"/> Data CD | <input type="checkbox"/> Braille |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Mangyaring makipag-ugnayan sa L.A. Care Medicare Plus sa 1-833-522-3767 kung kailangan mo ng impormasyon sa isang accessible na format maliban sa mga 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 ba kayo? Oo Hindi

Nagtatrabaho ba ang asawa ninyo? 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:

Kasalukuyan ba kayong pasyente ng doktor na ito?

- Oo Hindi

Pangalawang Numero ng Telepono: ()

Uri ng numero ng telepono: Bahay Mobile

Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa kahong ito, pumapayag ka na makipag-ugnayan at makipag-komunikasyon sa iyo ang L.A. Care, kabilang ang pagtawag o pag-text. Maaari mong baguhin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng

E-mail address:

Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa kahong ito, pumapayag ka na makipag-ugnayan at makipag-komunikasyon sa iyo ang L.A. Care sa pamamagitan ng e-mail.

Patuloy kang makakatanggap ng Mahalagang Impormasyon sa Plano sa pamamagitan ng Mail. Maaari mong baguhin ang pahintulot

| | |
|--|---|
| 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: |

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 benepisyaryo 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.

| Impormasyon ng Ahente ng Tulong | |
|--|---|
| Pangalan ng Ahente: | # ng Lisensya ng Ahente: |
| Numero ng Telepono ng Ahente: | Email Address ng Ahente: |
| Petsa ng Pagtanggap ng Ahente: | Iminungkahing Epektibong Petsa ng Ahente: |