

MẪU ĐƠN YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PHẦN C)

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia chương trình Medicare Advantage Plan

Để tham gia một chương trình bảo hiểm, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực phục vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage Plan, quý vị cũng phải có cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng Mười – ngày 7 tháng Mười Hai mỗi năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận được bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển chương trình

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

Tôi cần những thông tin gì để điền mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị)
- Số điện thoại và địa chỉ thường trú của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải điền vào tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm do không điền các mục này.

Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 tháng Mười – ngày 7 tháng Mười Hai), chương trình phải nhận được mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng Mười Hai.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn lệ phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán lệ phí bảo hiểm vào tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hằng tháng của quý vị.

Thủ tục tiếp theo là gì?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và ký tên tới:

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

Sau khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên lạc với quý vị.

Làm cách nào để nhận trợ giúp điền mẫu đơn này?

Hãy gọi cho L.A. Care Health Plan theo số 1-833-592-3767. (Người dùng TTY có thể gọi số 711).

Hoặc gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

En español: Llame a LA 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.

Những người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, Hộp Thư Bru Điện (Post Office Box), địa chỉ của nơi tạm trú hoặc y viện hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận được thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act) năm 1995, không người nào bắt buộc phải trả lời và cung cấp thông tin trừ khi văn bản đó có ghi rõ số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho phần trả lời, kể cả thời gian đọc hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết và hoàn tất và kiểm tra lại phản thông tin cần thu thập. Nếu quý vị có ý kiến gì về mức chính xác của thời gian ước tính hoặc đề nghị gì về việc cải tiến mẫu đơn này, vui lòng gửi thư về: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LƯU Ý QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, bệnh án, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office (Văn Phòng Xác Nhận Báo Cáo PRA). Bất kỳ mục thông tin nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải tiến mẫu đơn này hoặc trọng trách thu thập thông tin cho mẫu đơn (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy bỏ. Mục đó không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần "Thủ tục tiếp theo là gì?" trên trang này để gửi mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị cho chương trình.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là

Chọn chương trình bảo hiểm quý vì muốn tham gia:

[] L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 mỗi tháng

TÊN:

HO:

[Tên Đêm Viết Tắt: không bắt

Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)

$$\left(\frac{1}{2} \frac{1}{\sqrt{2}} \frac{1}{\sqrt{2}} \right)$$

Giới tính:

☐	Nam	☐	Nữ
--------------------------	-----	--------------------------	----

Số điện thoại:

()

Loại số điện thoại:

[] Nhà Riêng[] Di Động

Địa chỉ đường phố Nơi Thường Trú (Không điền PO Box):

Thành phố:

[Quân: không bắt buộc]:

Tiểu

Mã ZIP:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép PO Box):

Địa chỉ đường phố:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Thông tin về Medicare của quý vị:

Số Medicare:

—

—

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài L.A. Care Medicare Plus chứ?

☐ Có ☐ Không

Tên của bảo hiểm khác:

Mã số hội viên tham gia bảo hiểm này:

Mã số nhóm của bảo hiểm này:

Quý vi có ghi danh vào Medi-Cal không?

☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”, vui lòng cung cấp Số Medi-Cal của quý vị:

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên vào bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả bảo hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP).
- Bằng cách tham gia chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng L.A. Care Medicare Plus sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên Bang cho phép để thu thập các thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới). Quý vị trả lời mẫu đơn này trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi chương trình bảo hiểm L.A. Care Medicare Plus của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ L.A. Care Medicare Plus. Các quyền lợi và dịch vụ do chương trình L.A. Care Medicare Plus cung cấp và có trong tài liệu "Chứng Từ Bảo Hiểm" L.A. Care Medicare Plus của tôi (hay còn gọi là thỏa thuận người đăng ký hoặc hợp đồng hội viên) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và L.A. Care Medicare Plus sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trong mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình này.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn đăng ký này. Nếu mẫu đơn này có chữ ký của người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), thì chữ ký đó sẽ xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để điền mẫu đơn ghi danh này và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này cần được cung cấp khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Hôm nay là ngày:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Tên:

Đĩa chỉ:

Số điện thoại:

Quan hệ với người ghi danh:

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này là không bắt buộc

Việc trả lời những câu hỏi này là do quý vị quyết định. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào

Quý vị có phải là Người Mỹ Gốc Tây Ban Nha, Người Tây Ban Nha hoặc Người Gốc La-tinh không? Chọn tất cả câu trả lời thích hợp.

- ☐ Không, không phải là Người Mỹ Gốc Tây Ban Nha, Người Tây Ban Nha hoặc Người Gốc La-tinh
☐ Phải, là Người Mexico, Người Mỹ Gốc Mexico, Người Mỹ Gốc Mexico Nhánh Chicano
☐ Phải, là Người Puerto Rico ☐ Phải, là người Cuba
☐ Phải, là Người Mỹ Gốc Tây Ban Nha, Người Tây Ban Nha hoặc Người Gốc La-tinh khác
☐ **Tôi chọn không trả lời.**

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả câu trả lời thích hợp.

- ☐ Thổ Dân Mỹ hoặc Người Alaska Bản Địa ☐ Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
Người Châu Á: Người Hawaii Bản Xứ và Người Đảo Thái Bình Dương Khác:
☐ Người Châu Á Gốc Ấn ☐ Người Guam hoặc Chamorro
☐ Người Trung Quốc ☐ Người Hawaii Bản Xứ
☐ Người Philippines ☐ Người Samoa
☐ Người Nhật ☐ Người Đảo Thái Bình Dương Khác
☐ Người Hàn ☐ Người Da Trắng
☐ Người Việt Nam ☐ **Tôi chọn không trả lời**
☐ Người Châu Á Khác

Chọn tùy chọn ngôn ngữ nói của quý vị, nếu không phải là Tiếng Anh.

- ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Quan Thoại ☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Armenia
☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Ả Rập ☐ Tiếng Tagalog ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Ba Tư ☐ Tiếng Khmer/Campuchia

Chọn một tùy chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

- ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Hoa ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Armenia ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Ả Rập
☐ Tiếng Tagalog ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Ba Tư ☐ Tiếng Khmer/Campuchia

Chọn một tùy chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin ở định dạng mà người khuyết tật có thể sử dụng được.

- ☐ Chữ in lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu ☐ Chữ nổi Braille

Vui lòng liên lạc với L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng mà người khuyết tật có thể sử dụng được ngoài định dạng nêu trên. Chúng tôi làm việc 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không Người vợ/chồng của quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP) của quý vị:

Số Điện Thoại của PCP: ()		Địa Chỉ của PCP:	
Số ID của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ L.A. Care (được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp):	Nhóm Y Tế / IPA:		Hiện quý vị có phải là bệnh nhân của bác sĩ này không? ☐ Có ☐ Không
Số Điện Thoại Phụ: ()		Loại số điện thoại: ☐ Nhà riêng ☐ Di động	
☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này, quý vị đồng ý cho phép L.A. Care liên lạc và trao đổi với quý vị qua cuộc gọi hoặc tin nhắn. Quý vị có thể thay đổi sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với L.A. Care.			
Địa chỉ e-mail:			
☐ Bằng cách đánh dấu vào ô này, quý vị đồng ý cho phép L.A. Care liên lạc và trao đổi với quý vị qua email. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được Thông Tin Quan Trọng Về Chương Trình qua Đường Bưu Điện. Quý vị có thể thay đổi sự đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với L.A. Care Medicare Plus theo số 1-833-522-3767 TTY 711.			

Họ tên người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	Số điện thoại của người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: ()
Email của người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	Quan Hệ với Người Thụ Hưởng:

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh vào chương trình Medicare Advantage Plan (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi của Medicare. Các mục 1851 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập các thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (System of Records Notice, SORN) của hệ thống "Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Hệ Thống Số 09-70-0588. Quý vị trả lời mẫu đơn này trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Thông Tin Hỗ Trợ Từ Đại Lý	
Tên của Đại Lý:	Giấy Phép Đại Lý Số:
Số Điện Thoại của Đại Lý:	Địa Chỉ Email của Đại Lý:
Ngày Nhận của Đại Lý:	Ngày Có Hiệu Lực Theo Đề Xuất của Đại Lý: