



FORM NG KAHILINGAN PARA SA INDIBIDWAL NA PAGPAPATALA PARA MAGPATALA SA 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 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 kada taon (para sa saklaw simula sa 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](https://www.medicare.gov) para matuto pa tungkol sa kung kailan ka makakapag-sign up 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. Opsyonal ang mga item sa Seksyon 2 — hindi maaaring tanggihan ang iyong saklaw dahil lang hindi mo sinagutan 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 mag-sign up upang ibawas ang iyong mga bayad sa premium mula sa iyong account sa bangko o buwanang benepisyo ng iyong 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?

Tumawag sa < L.A. Care Health Plan > sa <1-833-592-3767 >. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa < 711 >.

O kaya, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaaring tumawag ang mga user 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 nakakatanggap ng liham (hal., mga tseke sa social security) bilang address ng iyong permanenteng tirahan.

Ayon sa 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 pangongolekta 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 pangongolekta 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 item kasama ang iyong personal na impormasyon (tulad ng mga claim, pagbabayad, talaang medikal, atbp.) sa Reports Clearance Office ng PRA. Sisirain ang anumang item na makukuha namin na hindi tungkol sa kung paano mapapahusay ang form na ito o ang pasanin sa pangongolekta 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 – Kinakailangan ang lahat ng field sa pahinang ito (maliban kung may markang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

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

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. Tandaan: Para sa mga indibidwal na walang tirahan, maaaring ituring ang PO Box bilang inyong permanenteng address ng tirahan):

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 na 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 Hospital (Part A) at Medical (Part B) upang manatili sa < L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) >.
- Sa pagsali sa Medicare Advantage na ito, nauunawaan ko na ibabahagi ng < L.A. Care Medicare Plus > ang aking impormasyon sa Medicare, na siyang maaaring gumamit nito upang subaybayan ang aking pagpapatala, upang gumawa ng mga pagbabayad, at para sa iba pang layuning pinahihintulutan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Batas sa Pagkapribado 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 na ang aking saklaw sa < L.A. Care Medicare Plus >, dapat kong kunin ang lahat ng aking benepisyong medikal at benepisyong sa inireresetang gamot mula sa < L.A. Care Medicare Plus >. Sasaklawin ang mga benepisyong at serbisyong ibinigay ng < L.A. Care Medicare Plus > at nasa aking dokumentong “Ebidensiya ng Pagsaklaw” (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber) ng L.A. Care Medicare Plus >. Hindi babayaran ng Medicare o ng < L.A. Care Medicare Plus > ang mga hindi saklaw na benepisyong o serbisyo.
- Tama ang impormasyong nasa form ng pagpapatala na ito 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 pinahihintulutang kinatawan (tulad ng inilarawan sa itaas), nagpapatunay ang lagdang ito na:
 - 1) Pinahihintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para kompletuhin ang pagpapatala na ito, at
 - 2) available ang dokumentasyon ng pahintulot na ito kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:

Petsa sa araw na ito:

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

Pangalan:

Address:

Numero ng telepono:

Kaugnayan sa nagpapatala:

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.

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.

☐ Malalaking 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 naa-access na format maliban sa nakalista sa itaas. Ang mga oras ng aming tanggapan ay < 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 number.>

Ikaw ba ay nagtatrabaho? ☐ Oo ☐ Hindi

Nagtatrabaho ba ang iyong asawa? ☐ 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:

Pasyente ka ba ng doktor na ito sa kasalukuyan?

☐ Oo ☐ Hindi

Ang iyong pangalawang numero ng Telepono:

Uri ng numero ng telepono: ☐ Bahay ☐ Mobile

E-mail address:

☐ Sa pamamagitan ng paglagay ng check sa kahong ito, nagbibigay ka ng pahintulot sa L.A. Care na makipag-ugnayan at makipag-usap sa iyo, kabilang ang sa pamamagitan ng pagtawag, pag-text o 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 pang-emergency na contact:

Pang-emergency na numero ng telepono sa pakikipag-ugnayan:

()

Email ng pang-emergency na contact:

Kaugnayan sa Benepisyaryo:

Para lamang 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, miyembro ng pamilya o iba pang partido) na tumutulong sa isang nagpapatala na kumpletuhin ang form na ito	
Pangalan:	Kaugnayan sa nagpapatala:
Lagda:	Pambansang Numero ng Producer (Mga Ahente/Broker lamang):
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. Pinapahintulutan ng Seksyon 1851 ng Batas sa Social Security at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta ng impormasyong ito. Maaaring gamitin, isiwalat at palitan ng CMS ang data ng pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare gaya ng tinukoy sa “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” ng System of Records Notice (SORN), System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano ang hindi pagtugon.