

Xin đọc và trả lời những câu hỏi quan trọng này:

1. Quý vị có bị bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) hay không? Có Không
Nếu quý vị đã cấy ghép thận thành công và/hoặc quý vị không cần lọc máu liên quan đến bệnh thận thường xuyên nữa, **xin đính kèm một giấy ghi chú hoặc hồ sơ** từ bác sĩ của quý vị cho thấy rằng quý vị đã cấy ghép thận thành công hoặc quý vị không cần lọc máu liên quan đến bệnh thận nữa, nếu không chúng tôi có thể cần phải liên lạc quý vị để có thêm thông tin.

2. Một số người có thể có sự đài thọ khác về thuốc, bao gồm bảo hiểm tư nhân, TRICARE, sự đài thọ phúc lợi y tế cho nhân viên của Liên bang, các phúc lợi Hội Cựu Chiến Binh, hoặc các chương trình trợ giúp dược phẩm của tiểu bang.

Quý vị sẽ có sự đài thọ thuốc **theo toa** nào khác ngoài OneCare không? Có Không

Nếu “có”, xin liệt kê sự đài thọ khác của quý vị và các số thẻ ID của quý vị cho sự đài thọ này:

Tên của sự đài thọ khác: _____ Số ID cho sự đài thọ khác này: _____ Số Nhóm của sự đài thọ khác này: _____

3. Quý vị có phải là một người thường trú trong trung tâm chăm sóc sức khỏe dài hạn, như viện dưỡng lão không? Có Không

Nếu “có”, xin cho biết những điều sau:

Tên của Trung tâm chăm sóc sức khỏe: _____

Địa chỉ và số điện thoại của Trung tâm chăm sóc sức khỏe (số và tên đường): _____

4. Quý vị có ghi danh gia nhập vào chương trình Medi-Cal của tiểu bang quý vị không?

Có Không

Nếu “có”, xin cung cấp số Medi-Cal trên thẻ thành viên của người thụ hưởng (thẻ BIC) của quý vị.

Số thẻ BIC: _____

5. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có đi làm không ?

Có Không

Xin chọn một Bác Sĩ Gia Đình (PCP) và Tổ Hợp Y Tế.

Tên của Bác sĩ gia đình: _____ Số ID của Bác sĩ gia đình: _____ Tên của Tổ hợp Y tế: _____

Xin vui lòng đánh dấu vào một trong những ô ở dưới nếu quý vị muốn chúng tôi gửi quý vị thông tin bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc bằng một hình thức có thể tiếp cận được:

____ Tiếng Tây Ban Nha _____ Tiếng Việt _____ Chữ nổi braille, đĩa thu thanh, hoặc chữ in khổ lớn

Xin vui lòng liên lạc đường dây miễn phí của OneCare tại **1-877-412-2734** nếu quý vị cần thông tin bằng một hình thức có thể tiếp cận được hoặc ngôn ngữ khác ngoài những điều được liệt kê ở trên.

Thành viên sử dụng máy TDD/TTY nên gọi đường dây miễn phí **1-800-735-2929**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.



Xin Đọc Thông Tin Quan Trọng Đây

Nếu quý vị hiện nay đang có sự đài thọ từ một cơ quan hoặc hội đoàn, việc gia nhập OneCare có thể ảnh hưởng đến các phúc lợi y tế từ cơ quan hoặc hội đoàn của quý vị. Quý vị có thể mất đi sự đài thọ y tế từ cơ quan hoặc hội đoàn của quý vị nếu quý vị gia nhập OneCare. Hãy đọc tài liệu mà cơ quan hoặc hội đoàn gửi cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy vào thăm trang mạng của họ, hoặc liên lạc văn phòng được kể tên trong tài liệu mà họ gửi. Nếu không có thông tin cho biết quý vị nên liên lạc ai, quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ cơ quan hoặc văn phòng điều hợp phúc lợi của quý vị, đây là nơi có thể trả lời các thắc mắc về sự đài thọ của quý vị.

Xin Đọc và Ký Tên Dưới Đây :

Khi hoàn tất đơn gia nhập này, tôi đồng ý với những điều sau:

OneCare là một chương trình Medicare Advantage HMO SNP và có hợp đồng với chính phủ Liên bang. Tôi sẽ cần giữ Medicare Phần A và B và Medi-Cal của tôi. Tôi chỉ có thể gia nhập một chương trình Medicare Advantage một lúc, và tôi hiểu rằng việc ghi danh của tôi vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt sự gia nhập của tôi vào một chương trình y tế Medicare hoặc thuốc theo toa khác. Tôi có trách nhiệm cho OneCare biết về bất cứ sự đài thọ Medicare Advantage nào mà tôi có hoặc có thể nhận trong tương lai.

OneCare phục vụ một khu vực dịch vụ nhất định. Nếu tôi ra khỏi khu vực mà OneCare phục vụ, tôi cần thông báo cho chương trình để tôi có thể ra khỏi chương trình và tìm một chương trình mới trong khu vực mới của tôi. Khi tôi là một thành viên của OneCare, tôi có quyền khiếu nại các quyết định của chương trình về việc trả tiền hoặc các dịch vụ nếu tôi không đồng ý. Tôi sẽ đọc tài liệu Minh Định Sự Đài Thọ của OneCare khi tôi nhận được nó để biết tôi phải làm theo luật lệ nào để nhận được sự đài thọ với chương trình Medicare Advantage này. Tôi hiểu rằng những người có Medicare thường không được Medicare đài thọ trong khi ở ngoài nước trừ trường hợp đài thọ giới hạn gần biên giới nước Hoa Kỳ.

Tôi hiểu rằng bắt đầu từ ngày sự đài thọ OneCare bắt đầu, tôi phải nhận tất cả sự chăm sóc y tế của tôi từ OneCare, trừ các dịch vụ cần thiết cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc các dịch vụ lọc máu liên quan đến bệnh thận ngoài khu vực phục vụ. Các dịch vụ được OneCare cho phép và các dịch vụ khác có trong tài liệu Minh Định Sự Đài Thọ OneCare của tôi (còn được biết đến là một bản hợp đồng của thành viên hoặc bản đồng ý gia nhập) sẽ được đài thọ. Không có sự cho phép, **CÁ MEDICARE LÂN ONECARE SẼ KHÔNG TRẢ CHO CÁC DỊCH VỤ NÀY.**

Tôi hiểu rằng nếu tôi đang nhận sự hỗ trợ từ một nhân viên bán bảo hiểm, người đại diện chương trình, hoặc nhân viên khác làm việc hoặc có hợp đồng với chương trình OneCare, họ có thể được trả tiền dựa trên sự gia nhập của tôi vào OneCare.

Tiết Lộ Thông Tin:

Khi gia nhập chương trình Medicare Advantage HMO SNP này, tôi hiểu rằng OneCare sẽ tiết lộ thông tin của tôi cho Medicare và các chương trình khác khi cần thiết cho việc chữa trị, trả tiền và các vấn đề liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng hiểu rằng OneCare sẽ tiết lộ thông tin cá nhân của tôi, bao gồm hồ sơ về thuốc theo toa của tôi, cho Medicare và họ có thể tiết lộ thông tin này cho cuộc nghiên cứu hoặc những mục đích khác đáp ứng các luật lệ và đạo luật của liên bang. Thông tin trong đơn ghi danh này là đúng theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong đơn này, tôi sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình.

Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được cho phép đại diện cho tôi đúng theo luật lệ Tiểu bang nơi tôi sống) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung trong đơn này. Nếu đơn được ký bởi một người đại diện (như đã miêu tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng: 1) người này được luật lệ Tiểu bang cho phép điền hoàn tất đơn gia nhập này và 2) những tài liệu của sự cho phép đại diện này thì có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Ký Tên:

Ngày Hôm Nay:

Nếu quý vị là một người đại diện được cho phép, quý vị phải ký ở phía trên và cung cấp thông tin sau đây:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: (_____) _____ - _____

Mối liên hệ với Tham dự viên: _____

Office Use Only:

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____ IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

OneCare (HMO SNP) là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và chương trình Medi-Cal (Medicaid) của California. Việc ghi danh gia nhập vào OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Thông tin này không phải là một sự miêu tả hoàn chỉnh các phúc lợi.

Xin liên lạc chương trình để biết thêm chi tiết. Những giới hạn, tiền phụ phí, và hạn chế có thể được áp dụng. Các phúc lợi có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 mỗi năm.

OneCare tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin gọi văn phòng Dịch vụ của chúng tôi ở số 1-877-412-2734, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi số 1-800-735-2929.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY (հեռատիպ) **1-800-735-2929**):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

باشماره **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-412-2734** (телетайп: **1-800-735-2929**).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم

.(1-800-735-2929: TTY الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع) 1-877-412-2734

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Thai: ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929).

Lao: ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929).