Mẫu Đơn Ghi Danh Gia Nhập Chương Trình OneCare (HMO SNP) của Cá Nhân

Xin vui lòng liên lạc OneCare nếu quý vị cần thông tin với ngôn ngữ hoặc hình thức khác (Braille).

## Để Ghi Danh Gia Nhập OneCare, Xin Điền Đầy Đủ Chi Tiết Dưới Đây:

| | | | |
|---|---|---|---|
| HỌ: | TÊN: | Tên lót: | ☐Ông ☐ Bà ☐Cô |
| Ngày Sinh:<br>( _ _ /_ _ /_ _ _ _)<br>(Tháng /Ngày /Năm) | Giới tính:<br>☐Nam☐ Nữ | | Số Điện Thoại Nhà:<br>( ) |
| Số và Tên Đường Địa Chỉ Thường Trú (Không được dùng địa chỉ hộp thư P.O. Box): | | | |
| Thành Phố: | Tiểu Bang: | Số Bưu Tín (ZIP): | |

**Địa Chỉ Gửi Thư** (nếu khác với địa chỉ Địa Chỉ Thường Trú của quý vị):

Số và Tên Đường: Thành Phố: Tiểu Bang: Số Bưu Tín (ZIP):

**Liên Lạc Khi Khẩn Cấp:** _____

**Số Điện Thoại**: _____ **Liên Hệ với Quý Vị:** _____

**Địa Chỉ E-mail:**_____

## Xin Cung Cấp Chi Tiết về Bảo Hiểm Y Tế Medicare của Quý Vị

Xin để sẵn thẻ Medicare của quý vị trước mặt để điền vào phần này.

- Xin điền vào các chỗ trống cho thích hợp với thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị

- HOẶC -

- Đính kèm một bản sao của thẻ Medicare của quý vị hoặc lá thư của Sở An Sinh Xã Hội hoặc Hội Hưu Trí Hỏa Xa.

Quý vị phải có Medicare Phần A và Phần B để gia nhập chương trình Medicare Advantage.

MEDICARE HEALTH INSURANCE

THẺ MẪU

Tên:_____

Số Thẻ Medicare Giới tính___

___ ___ ___- ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___

Phúc Lợi Ngày Có Hiệu Lực

**BỆNH VIỆN (Phần A)** _____

**Y TẾ ( Phần B)** _____



H5433_MM16_9TV Accepted (7/12/16)

## Xin Trả Lời Những Câu Hỏi Sau Đây:

1. 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: _____

2. 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 điện thoại của trung tâm chăm sóc sức khỏe (số và tên đường):

**Xin chọn một trong những ô sau đây nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng ngôn ngữ khác với tiếng Anh hoặc bằng hình thức khác:**

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

Xin quý vị liên lạc OneCare ở số 1-877-412-2734 nếu quý vị cần thông tin bằng hình thức hoặc ngôn ngữ khác ngoài những gì được liệt kê ở trên. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi ở số 1-800-735-2929, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Giờ làm việc của văn phòng chúng tôi là từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.

## Xin Đọc Thông Tin Quan Trọng Này

**Nếu quý vị là một thành viên của Chương Trình Medicare Advantage** (như là HMO hoặc PPO), quý vị có thể đã có sự đài thọ thuốc theo toa từ Chương Trình Medicare Advantage của quý vị và sự đài thọ đáp ứng các yêu cầu của quý vị. Bằng cách gia nhập OneCare, sự gia nhập của quý vị trong Chương Trình Medicare Advantage Plan có thể chấm dứt. Điều này sẽ ảnh hưởng đến cả bác sĩ của quý vị và sự đài thọ bệnh viện cũng như sự đài thọ thuốc theo toa của quý vị. Hãy đọc thông tin mà Chương Trình Medicare Advantage gửi cho quý vị và nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc Chương Trình Medicare Advantage của quý vị.

**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 hiểu rằng sự đài thọ Medicare Advantage HMO SNP này là thêm vào sự đài thọ của tôi với Medicare; vì vậy, tôi sẽ cần giữ sự đài thọ Medicare Phần A và B của tôi. 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. Tôi chỉ có thể gia nhập một chương trình Medicare Advantage một lúc– nếu tôi hiện đang trong một Chương Trình Thuốc Theo Toa Medicare Advantage, sự gia nhập của tôi với OneCare sẽ kết thúc sự gia nhập đó.

Việc gia nhập trong chương trình này thì thường là cho cả năm. Khi tôi gia nhập, tôi có thể rời khỏi chương trình này hoặc thực hiện những thay đổi nếu có một khoảng thời gian gia nhập, thông thường trong Khoảng Thời Gian Gia Nhập Hàng Năm (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12), trừ khi tôi hội đủ tiêu chuẩn cho những trường hợp đặc biệt nhất định.

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. Tôi hiểu rằng tôi phải sử dụng các nhà thuốc trong hệ thống trừ trường hợp cấp cứu khi tôi không thể hợp lý sử dụng các nhà thuốc trong hệ thống của OneCare. 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.

Tôi hiểu rằng nếu tôi rời khỏi chương trình này và không có hoặc không nhận sự đài thọ Medicare Advantage khác hoặc sự đài thọ thuốc theo toa có uy tín (tốt như là của Medicare), tôi có thể phải trả tiền phạt gia nhập trễ cộng với tiền lệ phí của tôi cho sự đài thọ thuốc theo toa của Medicare trong tương lai.

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 lương dựa trên sự gia nhập của tôi vào OneCare.

Các dịch vụ tư vấn có thể có sẵn trong tiểu bang của tôi để cung cấp lời khuyên cho các chọn lựa về bảo hiểm thêm vào của Medicare hoặc chương trình Medicare Advantage hoặc Chương Trình Thuốc Theo Toa, sự hỗ trợ y tế qua chương trình Medicaid của tiểu bang, và Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare.

**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:** (____) ____- _____
**Liên Hệ với Tham Dự Viên** _____

**Medicare Advantage HMO SNP Plan 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 OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at 1-877-412-2734, 24 hours, 7 days a week, for additional information. (TDD/TTY users should call 1-800-735-2929).

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para más información, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-412-2734, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al 1-800-735-2929).

Thông tin này cũng có sẵn miễn phí bằng những ngôn ngữ khác. Xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi qua số điện thoại 1-877-412-2734, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, để biết thêm chi tiết. (Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số 1-800-735-2929).