

Mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân để Tham gia Vào Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

GẤP - GIỮ - XẾ

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Người có Medicare muốn tham gia vào Chương trình Medicare Advantage.

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống trong khu vực mà chương trình cung cấp dịch vụ bảo hiểm.

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

- Medicare Phần A (Bảo hiểm tại Bệnh viện).
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế).

Khi nào thì tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1).
- Trong vòng 3 tháng từ khi nhận được Medicare lần đầu tiên.
- Trong một số trường hợp nhất định khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển chương trình.
- Bất kỳ tháng nào và người đăng ký đáp ứng các yêu cầu về tình trạng đủ điều kiện cho ESRD C-SNP.

Truy cập vào [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) để tìm hiểu thêm về thời điểm mà quý vị có thể đăng ký vào một chương trình bảo hiểm.

Tôi cần chuẩn bị những gì để điền biểu mẫu này?

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

Lưu ý: Quý vị phải điền tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không bị từ chối bảo hiểm vì không điền những mục đó.

Hãy nhớ:

- Nếu muốn tham gia một chương trình trong kỳ đăng ký mở rộng vào Mùa Thu (15 tháng 10 – 7 tháng 12), thì quý vị phải gửi biểu mẫu hoàn chỉnh sao cho chương trình nhận được trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn tính phí bảo hiểm của chương trình đó. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ tiền phí bảo hiểm hàng tháng từ tài khoản ngân hàng hoặc trợ cấp An sinh Xã hội (hoặc Ban Hưu trí Hỏa xa) của quý vị.

GẤP - GIỮ - XẾ

Mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân để Tham gia Vào Chương trình Medicare Advantage (Phần C) Tiếp theo

Tiếp theo là gì?

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ và có chữ ký của quý vị đến:

Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

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

Người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ của nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: nhận séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Làm cách nào để được trợ giúp điền biểu mẫu này?

Gọi cho Champion Health Plan theo số 1-800-885-8000. Người dùng TTY có thể gọi 711.

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

En español: Llame a Champion Health Plan al 1-800-885-8000. 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.

Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Hành chính năm 1995, không ai phải trả lời cho yêu cầu thu thập thông tin trừ khi có ghi số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho yêu cầu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm cả thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền và xem xét lại yêu cầu thu thập thông tin. Nếu quý vị có ý kiến về độ chính xác của cách ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (như đơn khiếu nại, giấy thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) cho Văn phòng Soát xét Báo cáo PRA. Nếu chúng tôi nhận được thông tin không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc cải thiện cách thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) thì tất cả thông tin đó đều sẽ bị hủy. Thông tin đó sẽ không được lưu lại, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình bảo hiểm. Xem phần “Tiếp theo là gì?” trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền của quý vị đến chương trình bảo hiểm.

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

CHỌN CHƯƠNG TRÌNH MÀ QUÝ VỊ MUỐN THAM GIA:

Champion Advantage (HMO C-SNP) 001

\$0/tháng

Champion Connect (HMO C-SNP) 002

\$41/tháng

Champion Select (HMO C-SNP) 003

\$41/tháng

TÊN

HỌ

TÊN ĐỆM (Không bắt buộc)

Ngày Sinh (TT/NN/NNNN)

Giới tính

Nam

Nữ

Số Điện thoại

Địa chỉ Thường trú (Không nhập Hộp thư Bưu điện)

Quận (Tùy chọn)

Thành phố

Tiểu bang Mã Zip

Địa chỉ Gửi thư nếu khác với Địa chỉ Thường trú của quý vị (Chấp nhận Hộp thư Bưu điện)

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang Mã Zip

Thông tin Medicare của quý vị

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Vui lòng trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1) Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Champion Health Plan không?

Có

Không

Tên của Bảo hiểm Khác

Mã số Hội viên Cho Bảo hiểm Đây

Mã số Nhóm Cho Bảo hiểm Đây

Chỉ người mắc một số bệnh mạn tính nhất định mới được đăng ký vào các chương trình nêu trên.

Quý vị có cần dịch vụ Thăm phân lọc máu không?

Có

Không

Tên Trung tâm Thăm phân lọc máu

Địa chỉ Trung tâm Thăm phân lọc máu

Số Điện thoại

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

QUAN TRỌNG: Đọc kỹ và ký tên ở bên dưới

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Champion Health Plan
- Bằng cách tham gia Medicare Advantage này, tôi thừa nhận rằng Champion Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, là bên có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký tham gia bảo hiểm của tôi, thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư ở bên dưới). Việc quý vị trả lời biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không trả lời thì có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình bảo hiểm.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc đăng ký của tôi vào một chương trình MA khác (có áp dụng trường hợp ngoại lệ cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Champion Health Plan của tôi bắt đầu thì tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Champion Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Champion Health Plan cung cấp và có trong chứng thư “Bảng chứng Bảo hiểm” của Chương trình Sức khỏe Champion Health của tôi (còn được gọi là hợp đồng hoặc thỏa thuận đăng ký bảo hiểm của hội viên) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Champion Health Plan đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- Thông tin trên mẫu đăng ký tham gia bảo hiểm này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai vào biểu mẫu này thì tôi sẽ bị loại khỏi chương trình bảo hiểm.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt cho hành động của tôi) trên biểu mẫu này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của biểu mẫu này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên) thì chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành quá trình đăng ký này và
 - 2) Tài liệu của cơ quan này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký của Người đăng ký

Ngày Hôm nay

Nếu là người đại diện được ủy quyền thì quý vị phải ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau:

Tên

Địa chỉ

Số Điện thoại

Mối quan hệ Với Người đăng ký

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này đều là tùy chọn

Trả lời những câu hỏi này là tùy theo lựa chọn của quý vị. Quý vị không bị từ chối bảo hiểm vì không trả lời những câu hỏi này.

Quý vị có phải là người Hispanic, La tinh hoặc gốc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả những mục áp dụng.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người Hispanic, La tinh hoặc gốc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Mỹ gốc La tinh từ Mexico |
| <input type="checkbox"/> Có, người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Có, người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Có, người Hispanic, La tinh hoặc gốc Tây Ban Nha khác | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Chúng tộc của quý vị? Chọn tất cả những mục áp dụng.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người bản địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người gốc Á có tổ tiên là Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đen hoặc người Mỹ gốc Phi |
| <input type="checkbox"/> Người Hoa | <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Nhật | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản địa |
| <input type="checkbox"/> Người gốc Á khác | <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương khác | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Việt | <input type="checkbox"/> Người Da trắng | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Chọn một mục nếu muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

- Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một mục nếu muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng có thể sử dụng.

- Chữ nổi Braille Bản in Chữ cỡ lớn Đĩa CD âm thanh

Vui lòng liên lạc với Champion Health Plan theo số 1-800-885-8000 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể sử dụng khác với những loại được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8 am đến 8 pm, 7 ngày/tuần từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3 và 8 am đến 8 pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ ngày 1 tháng Tư - ngày 30 tháng 9. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có làm việc không? Có Không

Vợ/chồng của quý vị có làm việc không? Có Không

Cho biết Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị

Bác sĩ Điều trị Chính (Bác sĩ chuyên khoa thận)

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này đều là tùy chọn

Trả lời những câu hỏi này là tùy theo lựa chọn của quý vị. Quý vị không bị từ chối bảo hiểm vì không trả lời những câu hỏi này.

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều mục.

Bảng chứng Bảo hiểm (EOC)

Danh mục Nhà cung cấp/Tiệm thuốc tây

Dược thư

Địa chỉ Email: _____

THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM CHƯƠNG TRÌNH CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình (bao gồm cả tiền phạt đăng ký trễ mà quý vị hiện đang nợ hoặc có thể chưa thanh toán) qua bưu điện hoặc Chuyển khoản Điện tử (EFT) hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng.

Quý vị cũng có thể chọn trả phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động trích mỗi tháng từ trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Hỏa xa (RRB). Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA) thì quý vị phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm chương trình. KHÔNG trả tiền cho Champion Health Plan Phần D-IRMAA.

Chỉ dành cho Văn phòng Sử dụng:

Tên nhân viên/đại lý bảo hiểm (nếu được hỗ trợ đăng ký): _____

Đại lý NPN: _____

Số ID của chương trình: _____ Ngày Bảo hiểm có Hiệu lực: _____

AEP: _____ ICEP: _____ SEP (loại): _____ Ngày đại lý nhận được: _____

Chữ ký của Đại lý Bán hàng được Cấp phép (bắt buộc): _____

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ: Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), nâng cao việc chăm sóc và cho các khoản thanh toán về quyền lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký từ người thụ hưởng Medicare như được nêu rõ trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) “Thuốc theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống Số 09-70-0588. Việc quý vị trả lời biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không trả lời thì có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình bảo hiểm.