OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

Mẫu đơn Yêu cầu Ghi danh vào CalOptima Health OneCare Complete (HMO-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?
Những người có Medicare muốn gia nhập vào một Chương trình Medicare Advantage

Để gia nhập vào một chương trình, 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 gia nhập vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị phải có cả:
- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)

Khi nào thì tôi sử dụng mẫu đơn này?
Quý vị có thể gia nhập vào một chương trình:
- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (để sự đài thọ bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng khi lần đầu tiên nhận được Medicare
- Trong một số tình huống nhất định mà quý vị được phép gia nhập hoặc chuyển đổi chương trình

Xin vào trang mạng Medicare.gov để tìm hiểu thêm về việc khi nào quý vị có thể ghi danh vào một chương trình.

Tôi cần những thông tin gì để hoàn tất mẫu đơn này?
- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn tất tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc — quý vị sẽ không bị từ chối sự đài thọ vì quý vị không điền các mục này.

Xin nhớ rằng:
- Nếu quý vị gia nhập vào một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở rộng vào mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị trước ngày 7 tháng 12.

Việc gì sẽ xảy ra tiếp theo?
Xin gửi mẫu đơn mà quý vị đã điền đầy đủ và ký tên đến:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

Khi họ tiến hành yêu cầu gia nhập của quý vị, họ sẽ liên lạc với quý vị.

Làm thế nào để tôi được trợ giúp với mẫu đơn này?
Xin gọi cho CalOptima Health OneCare Complete ở số **1-877-412-2734**. Người sử dụng máy TTY có thể gọi số **711**.

Hoặc, gọi Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người sử dụng máy TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **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. Los usuarios de TTY pueden llamar at 1-877-486-2048.

Những thành viên đang trải qua tình trạng vô gia cư
- Nếu quý vị muốn tham gia vào một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì Hộp thư Bưu điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (thí dụ như các chi phiếu an sinh xã hội) có thể được xem như là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Giấy Tờ năm 1995, không có người nào được yêu cầu phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi trên đó cho thấy một số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Kiểm Soát và Ngân Sách (OMB). Số kiểm soát OMB hợp lệ cho sự thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần để hoàn tất sự thu thập thông tin này ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian đọc hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu đã có sẵn, thu thập dữ liệu cần thiết, và hoàn tất và xem xét thông tin được thu thập. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của (các) sự ước tính thời gian hoặc đề nghị để cải thiện mẫu đơn này, xin gửi thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attention: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Xin đừng gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (như hóa đơn thanh toán, khoản thanh toán, hồ sơ y tế v.v...) đến Văn phòng PRA Reports Clearance. Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện mẫu đơn này như thế nào hoặc khó khăn khi thu thập thông tin (như được trình bày trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị hủy bỏ. Tài liệu sẽ không được lưu giữ, xem xét, hoặc chuyển đến cho chương trình. Xin xem phần "Việc gì sẽ xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị đến chương trình.

Phần 1 – Cần điền đầy đủ tất cả các mục trên trang này (trừ những mục được đánh dấu là không bắt buộc)

Xin chọn chương trình quý vị muốn gia nhập:
☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) – $0 mỗi tháng

TÊN:	HỌ:	Không bắt buộc: Chữ viết tắt của Tên đệm:

Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm) (_____/_____/_____)	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại: ( )

Địa chỉ đường của Nơi Thường trú (Xin đừng điền Hộp thư Bưu điện. **Xin Lưu Ý:** Đối với những cá nhân đang trải qua tình trạng vô gia cư, Hộp thư Bưu điện có thể được xem như là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành Phố:	Không bắt buộc: Quận:	Tiểu Bang:	Mã Số Vùng:

Địa chỉ nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (Có thể điền Hộp thư Bưu điện):

Địa chỉ đường:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Số Vùng:

Thông tin Medicare của quý vị

Số Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

Xin trả lời những câu hỏi quan trọng sau đây:

Ngoài chương trình CalOptima Health OneCare Complete, quý vị sẽ có sự đài thọ thuốc theo toa (như Cơ quan Cựu Chiến binh (VA), TRICARE) nào khác không? ☐ Có ☐ Không

Tên của sự đài thọ khác:	Số ID thành viên của sự đài thọ này:	Số nhóm của sự đài thọ này:
_____	_____	_____

Quý vị có được ghi danh vào chương trình Medicaid (Medi-Cal) của tiểu bang của quý vị không?
☐ Có ☐ Không
Nếu "có," xin cung cấp số Medicaid gồm 9 chữ số của quý vị **(**Số Chỉ Mục Thành Viên (CIN)**):**

_____

QUAN TRỌNG: Xin đọc và ký tên ở bên dưới:

- Tôi phải giữ cả hai phần Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để được ở lại trong chương trình CalOptima Health OneCare Complete.
- Bằng việc tham gia vào chương trình Medicare Advantage này, tôi hiểu rằng CalOptima Health OneCare Complete sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, Medicare có thể sử dụng những thông tin này để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thực hiện việc chi trả, và cho những mục đích khác được luật Liên bang cho phép, luật cũng cho phép việc thu thập thông tin này (xem Thông báo về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Việc quý vị trả lời cho mẫu đơn này là 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 Medicare Advantage tại một thời điểm – và rằng việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt tình trạng ghi danh của tôi với một chương trình Medicare Advantage khác (điều này không áp dụng cho các chương trình Medicare Advantage Trả phí cho từng Dịch vụ Tư nhân (MA PFFS), chương trình Medicare Advantage Tài khoản Tiết kiệm Y tế (MA MSA)).
- Tôi hiểu rằng khi sự đài thọ CalOptima Health OneCare Complete của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của tôi từ chương trình CalOptima Health OneCare Complete. Các phúc lợi và dịch vụ do CalOptima Health OneCare Complete cung cấp và có trong tài liệu "Cẩm nang Thành viên (Minh định Sự đài thọ)" của CalOptima Health OneCare Complete (còn được gọi là hợp đồng với thành viên hoặc thỏa thuận với người ghi danh) sẽ được đài thọ. Chương trình Medicare hoặc chương trình CalOptima Health OneCare Complete sẽ không chi trả cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lạc trong mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp để thay mặt cho tôi) trên mẫu đơn này có nghĩa rằng tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn ghi danh này. Nếu một người đại diện được ủy quyền (như đã miêu tả ở trên) ký tên, chữ ký này chứng nhận rằng:
    1. Người này được ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn tất việc ghi danh này, và
    2. Có thể cung cấp tài liệu về việc ủy quyền này khi Medicare yêu cầu.

Chữ ký:	**Ngày hôm nay:**
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, xin ký tên ở trên và điền vào những mục sau:	
Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại: ( )	Mối quan hệ với người ghi danh:

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

Quý vị có thể chọn trả lời hoặc không trả lời cho những câu hỏi sau đây. Quý vị không bị từ chối sự đài thọ vì quý vị không cung cấp câu trả lời.

Ngoài tiếng Anh, có ngôn ngữ nào quý vị muốn sử dụng để chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ đó không.

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Trung Đông ☐ Tiếng Ả Rập ☐ Tiếng Trung Quốc
☐ Tiếng Hàn Quốc ☐ Tiếng Nga

Xin chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một định dạng có thể truy cập được.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Khổ chữ in lớn ☐ Đĩa thu âm ☐ Đĩa dữ liệu

Xin liên lạc với chương trình CalOptima Health OneCare Complete ở số **1-877-412-2734** nếu quý vị cần thông tin bằng một hình thức có thể xem được, ngoài những hình thức được liệt kê ở trên. Văn phòng của chúng tôi làm việc thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Thành viên sử dụng máy TTY có thể gọi số **711**.

Quý vị có đi làm không?
☐ Có ☐ Không

Người phối ngẫu của quý vị có đi làm không?
☐ Có ☐ Không

Xin liệt kê bác sĩ gia đình (PCP), phòng khám, hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Chỉ dành cho cá nhân trợ giúp người ghi danh hoàn tất mẫu đơn này
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

THÔNG BÁO VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Các Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), để cải thiện dịch vụ chăm sóc, và để chi trả cho các phúc lợi Medicare. Mục 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép việc thu thập những thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare, như được ghi rõ trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc Theo Toa của Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống Số 09-70-0588. Việc quý vị trả lời cho mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.