

Mẫu đơn yêu cầu đăng ký cá nhân dành cho CareOregon Advantage HMO-POS D-SNP, một Chương trình bảo hiểm Medicare Advantage có Bảo hiểm Thuốc theo toa Phần D

Ai có thể dùng mẫu đơn này?

Những người hiện đang có Medicare và muốn tham gia Chương trình Bảo hiểm Medicare Advantage hoặc Chương trình Bảo hiểm Thuốc theo toa Medicare.

Để tham gia một chương trình bảo hiểm, quý vị bắt buộc phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc là người nhập cư hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Đang sinh sống trong khu vực dịch vụ của chương trình.

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

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế)

Khi nào tôi dùng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình bảo hiểm:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (để bảo hiểm có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1).
- Trong vòng 3 tháng kể từ ngày đầu tiên quý vị có Medicare.
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình bảo hiểm.

Tham khảo **medicare.gov** để biết thêm về thời điểm khi nào quý vị có thể đăng ký bảo hiểm.

Tôi cần những thông tin gì cho mẫu đơn này?

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

Lưu ý: Quý vị phải điền toàn bộ các mục trên trang 2 và 6. Các mục ở trang 3, 4 và 5 là tùy chọn — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền chúng.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian đăng ký mở mùa thu (15 tháng 10 – 7 tháng 12), chương trình bắt buộc phải nhận được đơn đăng ký này từ quý vị cho đến hết ngày 7 tháng 12.

Việc gì sẽ xảy ra kế tiếp?

Sau khi quý vị điền hết các trang bắt buộc của mẫu đơn này, hãy ký tên và gửi nó đến:

CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Một khi chúng tôi xử lý đơn yêu cầu tham gia này của quý vị, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị.

Tôi tìm trợ giúp điền mẫu đơn này bằng cách nào?

Gọi cho CareOregon Advantage theo số 888-712-3258. Có thể gọi 711 nếu quý vị sử dụng TTY.

Hoặc gọi cho Medicare theo số 800-MEDICARE (800-633-4227). Có thể gọi 877-486-2048 nếu quý vị sử dụng TTY.

En español: Llame a CareOregon Advantage al 888-712-3258 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm nhưng không có nơi thường trú, thì địa chỉ của một Hộp thư Bưu điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư bưu chính (ví dụ: séc An sinh Xã hội) đều có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Để đăng ký CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP, vui lòng cung cấp thông tin sau

(tất cả các mục trên trang này là bắt buộc, trừ khi được đánh dấu bằng “**”)

Họ:		Tên:		Tên lót viết tắt:			
Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm) / /		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Điện thoại: ()		*Điện thoại phụ: ()	
Địa chỉ nơi thường trú:							
Thành phố:		*Quận:		Tiểu bang:		Mã bưu chính (ZIP):	
Địa chỉ thư bưu chính, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép dùng Hộp thư Bưu điện):							

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

*Ngày có hiệu lực:

*Ngày có hiệu lực:

Phần A

Phần B

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Ngoài CareOregon Advantage Plus, quý vị có được bảo hiểm thuốc theo toa nào khác (như VA, TRICARE) không?

Có Không Nếu có, tên của bảo hiểm khác: _____

Số thành viên của bảo hiểm này: _____ Số nhóm của bảo hiểm này: _____

Quý vị có đang ghi danh nhận trợ cấp Medicaid (thuộc Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon/Oregon Health Plan) của Tiểu bang quý vị không?

Có Không

Nếu có, vui lòng cung cấp số Medicaid (thuộc Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon/Oregon Health Plan) của quý vị:

Tất cả các mục trong phần này là tùy chọn/không bắt buộc

Vui lòng chia sẻ thêm một số thông tin về quý vị với chúng tôi. Quý vị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi này. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm chỉ vì quý vị không trả lời chúng. Mọi thông tin quý vị chia sẻ sẽ chỉ được sử dụng để giúp chúng tôi hiểu thêm về các đối tượng sẽ tham gia bảo hiểm nhằm mục đích giảm bớt sự bất bình đẳng trong một số nhóm nhất định.

QUAN TRỌNG! Vui lòng chọn tên Bác sĩ Chăm sóc Chính (Primary Care Physician - PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Tên và họ PCP: _____

Địa điểm phòng khám PCP: _____

Tên phòng khám: _____

Ngày lập hồ sơ bệnh nhân: Có Không

Quý vị là người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Không, tôi không phải người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Vâng, tôi là người Puerto Rico |
| <input type="checkbox"/> Vâng, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, Chicano | <input type="checkbox"/> Vâng, tôi là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Vâng, tôi là người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha, La tinh, hoặc Tây Ban Nha khác | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời |

Tên muốn được gọi: _____

Họ muốn được gọi: _____

Quý vị dùng đại từ nào?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anh, anh ấy, của anh ấy, chính anh ấy | <input type="checkbox"/> Cô, cô ấy, của cô ấy, chính cô ấy | <input type="checkbox"/> Họ, của họ, chính họ |
| <input type="checkbox"/> Đại từ khác | <input type="checkbox"/> Đại từ không xác định | |

Bản sắc giới tính của quý vị là gì?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nữ chuyển giới | <input type="checkbox"/> Nam chuyển giới | <input type="checkbox"/> Không phân biệt giới tính | |
| <input type="checkbox"/> Nam | <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Khác | <input type="checkbox"/> Tôi không muốn tiết lộ |

Quý vị thuộc chủng tộc nào? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản địa hoặc Thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Nhật |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | <input type="checkbox"/> Người Việt | <input type="checkbox"/> Người Ấn - Á Châu |
| <input type="checkbox"/> Người Phi Luật Tân | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác |
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii | <input type="checkbox"/> Người Samoa | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời |

Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô bên dưới nếu quý vị muốn giao tiếp bằng văn bản với ngôn ngữ khác tiếng Anh:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Nga | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Giản thể | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung Phồn thể | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ khác: _____ | | |

Quý vị thích ngôn ngữ nào hơn khi giao tiếp bằng lời nói?

Vui lòng nêu rõ nếu quý vị thích trao đổi bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh:

Quý vị có muốn nhận thông tin từ chúng tôi ở một định dạng có thể truy cập được hay không?

Bản in khổ chữ lớn Chữ nổi Đĩa âm thanh

Vui lòng gọi CareOregon Advantage theo số 503-416-4279 hoặc số miễn phí 888-712-3258, TTY 711, nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận. Giờ làm việc của chúng tôi: từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 8:00 sáng - 8:00 tối hàng ngày; và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, 8:00 sáng - 8:00 tối, Thứ Hai - Thứ Sáu.

Quý vị có việc làm không? Vâng Không

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

Đồng ý cho phép giao tiếp điện tử

Tôi muốn CareOregon Advantage và nhân viên đại diện của họ gửi thông tin cho tôi bằng đường điện tử. Tôi cho phép CareOregon Advantage gửi cho tôi thông tin và/hoặc dữ liệu, bao gồm nhưng không giới hạn ở thư cảnh báo, tài liệu cần thiết và thông tin về các phúc lợi liên quan đến y tế. CareOregon Advantage có thể liên hệ với tôi qua email, tin nhắn tự động và/hoặc điện thoại. Tôi hiểu rằng phí tin nhắn và dữ liệu có thể sẽ áp dụng. Tôi xác nhận rằng tôi có quyền hủy nhận thông tin bằng đường điện tử bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với CareOregon Advantage theo số điện thoại ở trên.

Địa chỉ email của tôi: _____

Điện thoại di động của tôi: _____

Chứng thực tính hội đủ điều kiện cho Giai đoạn Đăng ký

Thông thường, quý vị có thể đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm Medicare Advantage trong giai đoạn đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm. Có một số trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị đăng ký vào Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ những câu tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô vuông nếu nó đúng với quý vị. Bằng cách đánh dấu vào ô vuông, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của quý vị, quý vị đang hội đủ điều kiện tham gia trong Giai đoạn Đăng ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy đăng ký.

- Tôi là người mới tham gia Medicare.
- Tôi đã đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện một thay đổi trong Giai đoạn Đăng ký mở của Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, hoặc MA OEP).
- Gần đây tôi đã chuyển chỗ ở ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm hiện tại của mình, hoặc tôi mới chuyển chỗ ở và chương trình này là một lựa chọn mới đối với tôi. Tôi đã chuyển chỗ ở vào (nhập date) _____.
- Gần đây tôi mới được ra tù. Tôi đã được trả tự do vào (nhập ngày) _____.
- Gần đây tôi vừa trở về Hoa Kỳ sau khi thường trú ở một nước bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (nhập ngày) _____.
- Gần đây tôi mới được cấp tình trạng hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào (nhập ngày) _____.
- Gần đây tôi có thay đổi Medicaid của mình (mới có Medicaid, thay đổi về mức trợ cấp Medicaid hoặc bị mất Medicaid) vào (nhập ngày) _____.
- Gần đây tôi có thay đổi về Trợ cấp Thêm (Extra Help) trong việc chi trả cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (mới được cấp Trợ cấp Thêm, đã có thay đổi về mức Trợ cấp Thêm hoặc bị mất Trợ cấp Thêm) vào (nhập ngày) _____.
- Tôi có Medicare và nhận được toàn bộ các quyền lợi của Medicaid. Tôi muốn tham gia hoặc chuyển sang một chương trình mà kết hợp phạm vi bảo hiểm giữa các chương trình chăm sóc được quản lý thuộc Medicare và Medicaid của tôi (được gọi là Chương trình dành cho Người có Nhu cầu Đặc biệt Đủ Điều kiện Kép (Dual Eligible Special Needs Plan, viết tắt là D-SNP) tích hợp).

Chứng thực tính hội đủ điều kiện cho Giai đoạn Đăng ký - tiếp

- Tôi hiện đang cư trú, sắp chuyển đến, hoặc gần đây đã rời khỏi một Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở này vào (điền ngày) _____.
- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (nhập ngày) _____.
- Gần đây tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa của mình một cách không tình nguyện (bảo hiểm tốt như Medicare). Tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa của mình vào (điền ngày) _____.
- Tôi sẽ hết dùng bảo hiểm của chủ thuê lao động hoặc công đoàn vào (điền ngày) _____.
- Tôi thuộc về một chương trình trợ cấp thuốc do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình bảo hiểm của tôi sắp chấm dứt hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sẽ chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) đăng ký vào một chương trình bảo hiểm và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi đăng ký tham gia chương trình đó vào (nhập ngày) _____.
- Tôi đã đăng ký vào Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (Special Needs Plan, hoặc SNP) nhưng tôi đã không còn đáp ứng tiêu chuẩn về nhu cầu đặc biệt cần có để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị hủy đăng ký khỏi SNP vào (nhập ngày) _____.
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một sự cố liên quan đến thời tiết hoặc thiên tai lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (Federal Emergency Management Agency, hoặc FEMA). Một trong những tuyên bố còn lại ở đây đúng với trường hợp của tôi, nhưng tôi đã không thể đăng ký vì thiên tai.

Nếu không một tuyên bố nào trong số này đúng với trường hợp của quý vị, hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với CareOregon Advantage theo số 503-416-4279, số miễn phí 888-712-3258, hoặc TTY 711 để xem liệu quý vị có hội đủ điều kiện đăng ký hay không. Giờ làm việc của chúng tôi là từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, 8:00 sáng - 8:00 tối hàng ngày; và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, 8:00 sáng - 8:00 tối, Thứ Hai - Thứ Sáu.

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ Trung tâm Medicare & Dịch vụ Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, hoặc CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của khách hàng vào chương trình bảo hiểm Medicare Advantage (MA) hoặc Chương trình Bảo hiểm Thuốc theo toa (Prescription Drug Plan - PDP), để cải thiện dịch vụ chăm sóc và chi trả cho các phúc lợi Medicare. Mục 1851 và 1860D-1 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 và 423.32 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký từ khách hàng Medicare thể theo Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (System of Records Notice, hoặc SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug - MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Việc trả lời trên mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, thất bại trong việc trả lời có thể ảnh hưởng đến khả năng đăng ký tham gia bảo hiểm này của quý vị.

Chỉ dành cho Chương trình CareOregon Advantage / CareOregon Advantage Plan Use Only

Agent/Broker Name (if assisted with Enrollment): _____

Writing #: _____ Agent Received Date: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP AEP MAOEP SEP (type): _____

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi bắt buộc phải giữ cả Phần A và Phần B để tiếp tục tham gia CareOregon Advantage.
- **Tiết lộ thông tin:** Bằng việc tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng chương trình sẽ tiết lộ thông tin của tôi cho Medicare và các chương trình bảo hiểm khác khi cần cho các mục đích điều trị, thanh toán và trong hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng xác nhận rằng CareOregon Advantage sẽ tiết lộ thông tin của tôi, bao gồm cả dữ liệu thuốc theo toa cho các sự cố bệnh tật của tôi, cho Medicare, nơi mà có thể tiết lộ thông tin đó cho mục đích nghiên cứu và các mục đích khác tuân theo tất cả các đạo luật và quy định hiện hành của Liên bang. Việc trả lời trên mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, thất bại trong việc trả lời có thể ảnh hưởng đến khả năng đăng ký tham gia bảo hiểm này của quý vị.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký vào một chương trình MA hoặc Phần D tại một thời điểm - và việc đăng ký vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt chương trình MA hoặc Phần D khác mà tôi có thể đã đăng ký rồi (có một số ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Mọi thông tin trên mẫu đăng ký này đều chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng những người có Medicare thường không được Medicare bảo hiểm khi ở nước ngoài, ngoại trừ những vùng gần biên giới Hoa Kỳ được bảo hiểm với phạm vi bảo hiểm hạn chế.
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm CareOregon Advantage của tôi có hiệu lực, tôi buộc phải tiếp nhận tất cả phúc lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ CareOregon Advantage. Những phúc lợi và các dịch vụ được CareOregon Advantage cho phép và có bao hàm trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” CareOregon Advantage của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận thuê bao dịch vụ) sẽ được bảo hiểm. **Nếu không có sự cho phép, cả Medicare và CareOregon Advantage đều sẽ không thanh toán các phúc lợi hoặc dịch vụ.**
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của nó. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn thành thủ tục đăng ký này, và
 - 2) Chứng từ về sự ủy quyền này sẽ luôn sẵn có cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký: _____ Hôm nay ngày: _____

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và điền các thông tin sau:

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Mối quan hệ với người đăng ký: _____