

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống tại 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 sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (để bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp khi quý vị được phép tham gia hoặc đổi chương trình

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

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

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc – quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm chỉ vì không điền vào.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn tính phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?

Gửi mẫu đơn đã điền và ký của quý vị đến:

**Imperial Health Plan of California (HMO)
(HMO SNP)**

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

Email: Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

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

Làm cách nào để nhận trợ giúp về mẫu đơn này?

Vui lòng gọi cho Imperial Health Plan theo số 1-800-838-5197. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

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

En español: Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y optima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Các cá nhân gặp phải tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú thì Hòm thư bưu điện, địa chỉ nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (như séc an sinh xã hội) có thể được cân nhắc làm địa chỉ thường trú của quý vị.

QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Thẩm duyệt Báo cáo theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ (PRA). Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện mẫu đơn này hoặc gánh nặng thu thập (nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Những mục đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem “Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?” trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là bắt buộc phải điền vào (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – \$0 Phần C/D
 Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – \$0 Phần C/D
 Imperial Giveback (HMO) 014 – \$0 Phần C/D
 Imperial Traditional (HMO) 007 – \$0 Phần C/D
 Imperial Courage Plan (chỉ HMO MA) 016 – \$0 Chỉ Phần C



TÊN: _____ HỌ: _____ Không bắt buộc: Tên đệm viết tắt: _____

Ngày sinh: (MM/DD/YYYY) _____ Giới tính: _____ Số điện thoại: _____
 (___ / ___ / _____) Nam Nữ (_____)

Địa chỉ đường phố của nơi Thường trú (Không nhập địa chỉ Hòm thư bưu điện. Lưu ý: Đối với những người vô gia cư, Hòm thư bưu điện có thể được coi là địa chỉ thường trú.):

Thành phố: _____ Không bắt buộc: Quận: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

Địa chỉ gửi thư, nếu khác địa chỉ thường trú của quý vị (Cho phép sử dụng Hòm thư bưu điện):

Địa chỉ đường phố: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

Thông tin về Medicare của quý vị:

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau đây:

Quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác (như VA, TRICARE) ngoài bảo hiểm Imperial Health Plan không?

- Có Không

Tên của bảo hiểm khác: _____ Mã số hội viên trong bảo hiểm này: _____ Mã số nhóm trong bảo hiểm này: _____

Quý vị có bị Rối loạn tim mạch, Suy tim mạn tính và/hoặc Tiểu đường không? Có Không

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên xuống bên dưới:

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Imperial Health Plan.
- Bằng cách tham gia chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Imperial Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác được phép theo luật Liên bang (luật cho phép thu thập thông tin này) (xem Tuyên bố về Đạo luật Bảo vệ Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng mỗi lần tôi chỉ được ghi danh vào một chương trình MA – và việc ghi danh tham gia chương trình này sẽ tự động chấm dứt quyền ghi danh tham gia chương trình MA khác của tôi (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).

- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Imperial Health Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ Imperial Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Imperial Health Plan cung cấp và được đề cập trong tài liệu “Chúng tôi bảo hiểm” Imperial Health Plan của tôi (hay còn được gọi là hợp đồng của hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Imperial Health Plan đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin ghi trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo tất cả những gì tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu có chữ ký của người đại diện được ủy quyền (như đã mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật pháp Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:	Hôm nay là ngày:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên vào phần bên trên và điền vào các ô trống sau:	
Họ tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này là không bắt buộc

Trả lời các câu hỏi này hay không là tùy thuộc vào quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.

Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp.

<input type="checkbox"/> Không, tôi không phải người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha	<input type="checkbox"/> Có, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano
<input type="checkbox"/> Có, tôi là người Puerto Rica	<input type="checkbox"/> Có, tôi là người Cuba
<input type="checkbox"/> Có, tôi là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha khác	
<input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời	

Quý vị thuộc chủng tộc nào? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp.

<input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa hoặc Người Alaska Bản xứ:	<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi
Người châu Á:	Người Hawaii bản xứ và Người dân Đảo Thái Bình Dương:
<input type="checkbox"/> Người Ấn gốc Á	<input type="checkbox"/> Người dân Đảo Guam hoặc Chamorro
<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ
<input type="checkbox"/> Người Philipines	<input type="checkbox"/> Người Samoan
<input type="checkbox"/> Người Nhật	<input type="checkbox"/> Người dân Đảo Thái Bình Dương khác
<input type="checkbox"/> Người Hàn	<input type="checkbox"/> Người da trắng
<input type="checkbox"/> Người Việt	<input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời
<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác	

Giới tính của quý vị là gì? Vui lòng chọn một.

Nữ Tôi sử dụng thuật ngữ khác:
 Nam _____
 Phi nhị nguyên giới **Tôi không muốn trả lời**

Câu nào sau đây miêu tả đúng nhất cách quý vị nghĩ về bản thân? Vui lòng chọn một.

Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam Tôi sử dụng thuật ngữ khác:
 Thăng, nghĩa là không phải đồng tính nam hay đồng tính nữ _____
 Luỡng tính Tôi không biết
 Tôi không muốn trả lời

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

Tiếng Tây Ban Nha Khác: _____

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng dễ sử dụng.

Chữ nổi Braille Bản in khổ chữ lớn CD âm thanh CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Imperial Health Plan theo số 1-800-838-8271 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ sử dụng khác với những định dạng được liệt kê bên trên. Giờ làm việc của chúng tôi bắt đầu từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai – Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

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

Liệt kê Bác sĩ chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

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

Có, tôi muốn nhận Bộ tài liệu ghi danh cho hội viên mới – Chứng từ bảo hiểm (EOC), Danh mục thuốc toàn diện và Danh bạ nhà cung cấp/nhà thuốc qua Cổng thông tin hội viên trực tuyến.

Địa chỉ email: _____

ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM CHƯƠNG TRÌNH

Quý vị có thể đóng phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm tiền phạt do ghi danh muộn mà quý vị đang hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn đóng phí bảo hiểm bằng cách tự động trừ tiền từ quyền lợi An sinh xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB) vào mỗi tháng.**

Phần chỉ dành cho những cá nhân giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này

Vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ như đại lý bảo hiểm, người môi giới, nhân viên tư vấn của Chương trình hỗ trợ bảo hiểm y tế của tiểu bang [SHIP], thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Họ tên:	Mối quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	Mã số nhà sản xuất quốc gia (chỉ dành cho Đại lý bảo hiểm/Nhà môi giới):

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh vào Medicare Advantage (MA) Plan, cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội, cũng như 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 ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (SORN) “Thuốc kê toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ đối với việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian dự kiến cần để hoàn thành mẫu thông tin này là trung bình 20 phút cho mỗi hồi đáp, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu sẵn có và thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về độ chính xác của (các) khoảng thời gian dự kiến hay các gợi ý để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. **VUI LÒNG CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).