



2026

Mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân
để đăng ký vào Chương trình Medicare
Advantage (Phần C)

Ai có thể sử dụng biểu mẫu 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 trong khu vực dịch vụ của chương trình

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

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

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Thuốc theo toa Medicare, quý vị cũng phải có một trong hai hoặc cả hai:

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

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (để bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi kế hoạch

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký gói.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị)
- 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 một chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (15 tháng 10 đến 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn cho 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 trợ cấp An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị đến: **Imperial Health Plan of California**

(HMO) (HMO SNP)

Chú ý: Enrollment

P.O. Box 60874

Pasadena, CA 91116

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

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

Gọi cho Imperial Health Plan theo số 1-800-838-5197. 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 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.

Những người vô gia cư

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

Theo Đạo luật Giảm thiểu Giấy tờ năm 1995, không ai được yêu cầu trả lời một bộ sưu tập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc 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 thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm các tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư đến: 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 (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Xóa Báo cáo PRA. Bất kỳ vật phẩm nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu thập của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến kế hoạch. Xem "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ của quý vị đến chương trình.

Phần 1 - Tất cả các trường trong phần này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

- ☐ Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 - <\$0> Phần C/D
- ☐ Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 - <\$0> Phần C / D
- ☐ Imperial Courage Plan (chỉ dành cho HMO MA) 016 - <\$0> Chỉ Phần C

Tên:	Họ:	Tên đệm viết tắt (Không bắt buộc):
Ngày sinh (MM/DD/YYYY):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại:
Địa chỉ email (Không bắt buộc):		Điện thoại di động (Không bắt buộc):

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

Thành phố:	Quận: (Không bắt buộc)	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------------------	------------	---------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép Hộp thư bưu điện):

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

Liên hệ khẩn cấp (Không bắt buộc):	Mối quan hệ:	Số điện thoại:
------------------------------------	--------------	----------------

Thông tin Medicare của quý vị :

Số Medicare:

— — — — - — — — - — — — —

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

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

☐ Có ☐ Không

Tên bảo hiểm khác:	Số thành viên cho bảo hiểm này:	Số nhóm cho bảo hiểm này:
--------------------	---------------------------------	---------------------------

Quý vị có bị rối loạn tim mạch, suy tim mãn tính và / hoặc tiểu đường không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã đăng ký tham gia chương trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu "có", vui lòng cung cấp số Medi-Cal (Medicaid) của quý vị: _____

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để ở lại Chương trình Y tế Hoàng gia.
- Bằng cách tham gia Medicare Advantage hoặc Medicare Prescription Drug Plan này, tôi thừa nhận rằng Imperial Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, người 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 luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu 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 đăng ký một chương trình MA hoặc Phần D tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA hoặc Phần D khác (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 theo toa của mình từ Imperial Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Imperial Health Plan cung cấp và có trong tài liệu "Bằng chứng Bảo hiểm" của Imperial Health Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Imperial Health Plan sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trên mẫu đăng ký này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp để thay mặt tôi) trên ứng dụng này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của ứng dụng này. Nếu có chữ ký của người đại diện theo ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này, và
 - 2) Tài liệu về thẩm quyền này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:	Hôm nay là ngày:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào ô trống sau:	
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.

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

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Khác

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng có thể 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 tiếp cận khác với những gì được liệt kê ở trên. Giờ hành chính của chúng tôi là từ ngày 1 tháng Mười đến ngày 31 tháng Ba, từ Thứ Hai đến Chủ Nhật từ 8:00 sáng đến 8:00 tối và ngày 1 tháng Tư đến ngày 30 tháng Chín, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối trừ ngày lễ. 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
--	---

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

Tên PCP: _____

Số ID PCP: _____

Nhóm Y tế hoặc IPA: _____

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của PCP này không?

☐ Có ☐ Không

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

☐ Có, tôi muốn nhận Bộ công cụ ghi danh thành viên mới của mình - EOC, Danh mục thuốc toàn diện và Danh mục Nhà cung cấp / Nhà thuốc.

Địa chỉ email: _____

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm gói hàng tháng của mình (bao gồm bất kỳ khoản phạt đăng ký trễ nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động rút nó ra khỏi phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) mỗi tháng. Vui lòng chọn tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm. Nếu quý vị không lựa chọn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn.**

☐ Nhận hóa đơn.

☐ Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) hàng tháng của quý vị. *Khoản khấu trừ An sinh Xã hội / RRB có thể mất ít nhất hai tháng để bắt đầu sau khi được An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) phê duyệt. Cho đến khi An sinh Xã hội chấp thuận khoản khấu trừ, quý vị sẽ tiếp tục nhận được các bản sao kê giấy.*

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả số tiền bổ sung này ngoài phí bảo hiểm chương trình của mình. KHÔNG trả cho Imperial Health Plan Phần D-IRMAA.

Chỉ dành cho các cá nhân giúp người đăng ký hoàn thành biểu mẫu này

Vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ như đại lý, nhà môi giới, cố vấn SHIP, thành viên trong gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người đăng ký điền vào biểu mẫu này.

Tên:	Mối quan hệ với người đăng ký:
------	--------------------------------

Chữ ký:	Số nhà sản xuất quốc gia (NPN):
---------	---------------------------------

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 trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Các mục 1851 và 1860D-1 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 ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo Hệ thống Hồ sơ (SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Imperial Health Plan là một (HMO) (HMO SNP) với Hợp đồng Medicare. Việc đăng ký vào Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình Y tế Hoàng gia California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho quý vị. Gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711). Chương trình Y tế Hoàng gia 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).