

ĐƠN GHI DANH 2011

Đề gia nhập vào Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Easy Choice Health Plan HMO.

Xin quý vị vui lòng cung cấp những thông tin sau đây:

Xin vui lòng đánh dấu vào Chương Trình bảo hiểm quý vị muốn gia nhập:

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) – Chương trình Dual Eligible, quận Los Angeles, California

Easy Choice Best Plan (HMO) - Quận Los Angeles, California

Easy Choice Plus Plan (HMO) - Quận Orange, California

HỌ: _____ TÊN: _____ Tên lót viết tắt: _____ Ông Bà Cô

Ngày sinh: (MM/DD/YYYY)	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Điện thoại nhà: () _____ - _____	Điện thoại liên lạc phụ: (tùy ý) () _____ - _____
----------------------------	--	--------------------------------------	---

Địa chỉ cư ngụ thường trực (không là địa chỉ P.O. Box):

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã số ZIP:
------------	------------	------------

Địa chỉ liên lạc thư từ (nếu khác với địa chỉ cư ngụ)

Tên đường: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã số ZIP: _____

VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN BẢO HIỂM SỨC KHỎE MEDICARE CỦA QUÝ VỊ

Xin dùng thẻ bảo hiểm Medicare của quý vị để điền phần này

- Xin điền vào chỗ trống những thông tin giống như thông tin trong thẻ Medicare màu đỏ, trắng, và xanh dương của quý vị.

-HAY-

- Đính kèm bản sao của thẻ bảo hiểm Medicare của quý vị hoặc Đính kèm thư thông báo của Sở An Sinh Xã Hội hay Ủy Ban phụ trách hưu trí ngành xe lửa.

Quý vị bắt buộc phải đã tham gia vào chương trình bảo hiểm Medicare Phần A và B mới được tham gia vào chương trình bảo hiểm Medicare Advantage.



SAMPLE ONLY

Name: _____

Medicare Claim Number _____ Sex _____

Is Entitled To _____ Effective Date _____

HOSPITAL (Part A) _____

MEDICAL (Part B) _____

THANH TOÁN LỆ PHÍ BẢO HIỂM

Nếu chúng tôi thấy rằng quý vị thiếu lại phần tiền phạt gia nhập chương trình bảo hiểm trễ, xin quý vị cho biết cách thức thanh toán số tiền này theo ý quý vị. Quý vị có thể trả lệ phí bảo hiểm qua đường bưu điện mỗi tháng, hay quý vị cũng thể chọn cách trừ số tiền bảo phí trực tiếp từ tiền trợ cấp An Sinh Xã Hội của quý vị vào mỗi tháng.

Quý vị với lợi tức hàng tháng thấp có thể hội đủ điều kiện để được giúp đỡ phụ phí tiền thuốc theo toa hàng tháng. Nếu được chấp thuận, Medicare sẽ trả đến 75% hoặc hơn các khoảng tiền cước phí thuốc men bao gồm phụ phí tiền thuốc theo toa hàng tháng, tiền trừ đi hàng năm, và tiền đóng bảo hiểm chung. Thêm vào đó, quý vị sẽ không phải trả tiền riêng hoặc bị phạt khi gia nhập trễ. Sẽ có nhiều người được chấp thuận mà không hề hay biết. Muốn biết thêm chi tiết về sự giúp đỡ thêm này, liên lạc văn phòng An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc gọi 1-800-772-1213. Người dùng TTY nên gọi 1-800-325-0778. Quý vị cũng có thể điền đơn trên mạng tại www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện hưởng sự trợ giúp thêm về tiền thuốc, thì bảo hiểm Medicare sẽ trả cho quý vị một phần hay toàn phần tiền thuốc theo toa cho quý vị. Nếu bảo hiểm Medicare chỉ trả một phần thì số tiền mua thuốc theo toa còn lại chúng tôi sẽ gửi hóa đơn thanh toán đến cho quý vị. Nếu quý vị không chọn cách thức thanh toán nào thì chúng tôi sẽ gửi hóa đơn thanh toán hàng tháng đến với quý vị.

Xin vui lòng chọn một cách thức thanh toán lệ phí:

Nhận hóa đơn thanh toán hàng tháng.

Lệ phí trừ trực tiếp từ tiền trợ cấp An sinh Xã hội hàng tháng của quý vị. (Việc trừ tiền trực tiếp từ tiền trợ cấp An sinh Xã hội có thể mất từ hai tháng hoặc lâu hơn mới bắt đầu. Trong đa số các trường hợp, phần tiền được trừ trong tiền trợ cấp An sinh Xã hội lần đầu tiên sẽ bao gồm tất cả các phần lệ phí hàng tháng quý vị chưa trả tính từ ngày chương trình bảo hiểm của quý vị có hiệu lực cho đến ngày tiền lệ phí bắt đầu được trừ trực tiếp.)

XIN ĐỌC VÀ TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI QUAN TRỌNG SAU ĐÂY

1. Quý vị có mắc bệnh thận ở vào giai đoạn cuối cùng (ESRD) hay không? Có Không
Nếu quý vị trả lời có và hiện không cần đi lọc máu định kỳ nữa, hay quý vị đã được ghép thận thành công, **xin vui lòng đính kèm thư của bác sĩ hay hồ sơ bệnh lý** chứng minh rằng quý vị không cần đi lọc máu nữa hay đã có cuộc ghép thận thành công.

2. Một số trong quý vị có thể có những bảo hiểm đài thọ tiền thuốc bao gồm những bảo hiểm tư nhân như TRICARE, Bảo hiểm y tế của nhân viên chính quyền Liên Bang, Bảo hiểm VA, hay các chương trình hỗ trợ tiền thuốc do Tiểu Bang cấp. Quý vị sẽ có bảo hiểm trả tiền thuốc theo toa nào khác ngoài chương trình bảo hiểm của Easy Choice HMO không? Có Không

Nếu “Có” xin vui lòng liệt kê tên hãng bảo hiểm và số ID của quý vị trong chương trình bảo hiểm này

Tên của chương trình bảo hiểm khác: _____ Số thẻ hội viên của quý vị-ID#: _____ Số nhóm(group) của chương trình: _____

3. Quý vị hiện đang sống dài hạn tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe không? Chẳng hạn như là nhà dưỡng lão?

Có Không

Nếu “có”, xin cung cấp thông tin sau đây:

Tên cơ sở chăm sóc sức khỏe dài hạn: _____

Địa chỉ và số điện thoại của cơ sở (số địa điểm và tên đường): _____

4. Quý vị đã có ghi danh vào chương trình Medicaid tại Tiểu Bang của quý vị không? Có Không

Nếu có xin cung cấp số hội viên Medicaid của quý vị: _____

5. Quý vị hay vợ/ chồng của quý vị còn đi làm hay không? Có Không

6. Quý vị có Medicare và Medical không? Có Không

Xin vui lòng chọn tên của Bác sĩ gia đình (PCP), bệnh viện hay trung tâm y tế chăm sóc sức khỏe

Tên:

Số PCP I.D.#:

Xin vui lòng đánh dấu vào một trong những ô dưới đây nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin tài liệu bằng ngôn ngữ khác hơn tiếng Anh, hay gửi bằng hình thức khác:

Tài liệu bằng ngôn ngữ: *Đại Hàn, Trung Hoa, Tây Ban Nha, Việt Nam*

Hình thức khác: *Chữ Braille, băng thau âm và tài liệu in bằng chữ lớn*

Nếu quý vị cần thông tin về ngôn ngữ hay hình thức khác trên đây; xin vui lòng liên lạc với Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO tại số 1-866-999-3945, người dùng TTY xin gọi số 1-800-735-2929). Văn phòng của chúng tôi làm việc từ thứ hai đến chủ nhật 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Chữ ký của người ghi danh:

Hôm nay ngày:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên phía trên và cung cấp những thông tin sau đây:

Tên: _____ Địa chỉ: _____

Số điện thoại: (____) _____ - _____ Quan hệ với người ghi danh: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Health Plan Membership ID #: _____

Received Date: ____ / ____ / ____

Proposed Effective Date of Coverage: ____ / ____ / ____

Name of Staff or Sales Agent/Broker (if assisted in enrollment) _____

Sales Agent Enroller I.D.: _____

Sales Lead Source (select one) Sales Event Appointment Inbound Call Lead

Scope of Appointment/Lead Card Attached: Yes No **Appointment Voice Recorded** Yes No

ELECTION TYPE :

Annual Enrollment Period (October 15, 2010 to December 7, 2010)

Special Election Period (type): _____

Not Eligible: _____

**Thông Tin Kèm Theo Đơn Ghi Danh -
Chứng Thực Đủ Tư Cách Cho Một Thời Gian Ghi Danh**

Thông thường, quý vị có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ 15 tháng 10 đến 7 tháng 12 mỗi năm. Có những ngoại lệ để quý vị có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage bên ngoài khoảng thời gian này.

Xin đọc kỹ những lời tuyên bố sau đây và điền vào ô vuông nếu lời tuyên bố thích hợp với quý vị. Bằng cách điền vào một trong những ô vuông dưới quý vị bảo đảm, đúng nhất theo sự hiểu biết của mình, quý vị đủ điều kiện cho một thời gian ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng những thông tin này không đúng, quý vị sẽ phải rút tên chương trình.

- Tôi vừa mới có Medicare.
- Tôi vừa dời ra khỏi vùng phục vụ của chương trình đang có hoặc tôi mới dời nhà và chương trình này là một chọn lựa mới cho tôi. Tôi dời vào ngày ____ / ____ / ____
- Tôi có cả Medicare và Medi-Cal hoặc Tiểu Bang giúp trả tiền phụ phí Medicare của tôi.
- Tôi đang nhận sự trợ giúp thêm để trả phụ phí thuốc men của Medicare.
- Tôi không còn đủ điều kiện để nhận sự trợ giúp thêm để trả phụ phí thuốc men của Medicare. Tôi đã ngưng nhận sự trợ giúp thêm vào ngày: ____ / ____ / ____
- Tôi đang dọn vào, đang sống, hoặc vừa dời ra khỏi một cơ sở điều dưỡng chuyên môn (ví dụ, nhà dưỡng lão hoặc nhà điều dưỡng chuyên môn). Tôi đã/sẽ dời vào/ra cơ sở vào ngày: ____ / ____ / ____
- Tôi vừa rời khỏi một chương trình PACE (Insert date): ____ / ____ / ____
- Tôi vừa mất một chương trình bao trả thuốc men một cách không chủ tâm (bao trả tốt giống như của chương trình Medicare). Tôi đã mất quyền lợi đó vào ngày: ____ / ____ / ____
- Tôi đang rời khỏi chương trình bao trả từ sở làm hoặc nghiệp đoàn vào ngày: ____ / ____ / ____
- Tôi đang thuộc trong một chương trình giúp đỡ dược khoa của Tiểu Bang.
- Tôi vừa trở về Hoa Kỳ sau khi định cư dài hạn ngoài nước. Tôi trở về ____ / ____ / ____
- Chương trình của tôi đang kết thúc hợp đồng với Medicare hoặc ngược lại.
- Những tuyên bố trên không thích hợp với tôi.*

***Xin liên lạc chương trình Easy Choice HMO tại 1-866-999-3945 (Người dùng TTY nên gọi 1-800-735-2929 để xem nếu quý vị hội đủ điều kiện để ghi danh. Chúng tôi mở cửa 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần.**

XIN VUI LÒNG ĐỌC KỸ NHỮNG THÔNG TIN VÀ KÝ TÊN

Nếu quý vị hiện đã có bảo hiểm sức khỏe từ sở làm hay nghiệp đoàn, việc gia nhập chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO có thể sẽ ảnh hưởng đến các quyền lợi y tế từ sở làm hay nghiệp đoàn của quý vị. Quý vị có thể mất các quyền lợi y tế từ sở làm hay nghiệp đoàn nếu quý vị gia nhập vào chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO). Xin hãy đọc thông tin mà sở làm hay nghiệp đoàn gửi cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy vào viếng trang mạng của sở làm hay của nghiệp đoàn, hoặc liên lạc trực tiếp với văn phòng có tên trong thông báo của họ. Nếu quý vị không tìm thấy thông tin để liên lạc, thì nhân viên phụ trách về quyền lợi nhân viên hay văn phòng phụ trách các vấn đề về quyền lợi bảo hiểm cũng có thể giúp đỡ quý vị.

Qua việc hoàn thành đơn xin gia nhập này, tôi đồng ý những điều sau đây:

Chương trình chăm sóc sức khỏe Easy Choice (HMO) là chương trình bảo hiểm Medicare Advantage đã có hợp đồng với chính quyền Liên Bang. Tôi sẽ phải tiếp tục tham gia trong chương trình Medicare phần A và phần B. Tôi chỉ được tham gia mỗi lần vào một chương trình Medicare Advantage mà thôi. Tôi hiểu rằng một khi tôi gia nhập vào chương trình bảo hiểm này, việc tôi đang hưởng quyền lợi trong một chương trình bảo hiểm Medicare hay chương trình mua thuốc theo toa nào khác sẽ phải chấm dứt ngay. Tôi có trách nhiệm phải thông báo cho Chương Trình biết về bất cứ bảo hiểm nào mua thuốc theo toa mà tôi có hoặc sẽ có trong tương lai. Việc ghi danh vào chương trình này thường là cho cả năm. Một khi đã ghi danh vào chương trình, tôi chỉ được rời khỏi chương trình hoặc sửa đổi các mục trong chương trình của tôi trong thời gian nhất định trong năm, trong thời gian đã được chỉ định (thí dụ từ ngày 15 tháng 10 đến 7 tháng 12 mỗi năm), hay trong trường hợp đặc biệt.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO) phục vụ một khu vực cụ thể. Nếu tôi chuyển ra khỏi khu vực phục vụ của Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO), tôi cần thông báo với chương trình để tôi có thể rút tên khỏi chương trình và tìm một chương trình khác ở khu vực mới. Khi trở thành hội viên của Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO), tôi có quyền khiếu nại các quyết định của chương trình về việc thanh toán và các dịch vụ mà tôi không vừa ý. Tôi sẽ đọc bản chứng từ bảo hiểm khi được chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO) cung cấp để hiểu rõ các điều lệ mà tôi phải tuân theo để được Chương trình Medicare Advantage đài thọ các quyền lợi y tế. Tôi hiểu rằng người được trợ cấp bảo hiểm Medicare sẽ không được Medicare chi trả cho các quyền lợi y tế khi ra nước ngoài ngoại trừ các trường hợp đài thọ hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.

Tôi hiểu rằng bắt đầu từ ngày mà sự đài thọ của Chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO có hiệu lực, tôi phải sử dụng tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO cung cấp, ngoại trừ trường hợp cấp cứu hay những dịch vụ khẩn cấp cần thiết, hoặc dịch vụ lọc máu thận khẩn cấp nằm ngoài khu vực. Các dịch vụ được Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO chấp thuận, và các dịch vụ khác liệt kê trong chứng từ bảo hiểm của tôi (còn gọi là hợp đồng hội viên hay bản thỏa thuận ghi danh hội viên) sẽ được đài thọ. Nếu không được chấp thuận trước thì cả **MEDICARE VÀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE EASY CHOICE (HMO) SẼ KHÔNG ĐÀI THỌ CÁC DỊCH VỤ NÀY.**

Tôi hiểu rằng nếu tôi được một nhân viên thương mại, một nhà môi giới, hay một cá nhân nào khác là nhân viên trực tiếp của Chương trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice HMO, hay là người có hợp đồng làm việc với Chương Trình bảo hiểm sức khỏe này giúp đỡ, người này sẽ được đài thọ tài chính dựa vào việc tôi gia nhập Chương Trình bảo hiểm sức khỏe Easy Choice (HMO).

Chuyển Nhượng Thông Tin: Bằng cách ghi danh vào chương trình Medicare này, tôi thừa nhận rằng chương trình Easy Choice HMO sẽ chuyển nhượng thông tin của tôi cho Medicare và những chương trình khác nếu cần thiết để chữa trị, trả tiền, và những ca mổ. Tôi cũng thừa nhận rằng chương trình Easy Choice HMO sẽ chuyên nhượng thông tin của tôi về phần thuốc theo toa đến Medicare, và sẽ có thể chuyển nhượng nó với những tư cách nghiên cứu theo đúng luật lệ và quy định của Liên Bang. Những thông tin trong đơn ghi danh này là đúng nhất theo sự hiểu biết của tôi. Tôi nhận biết rằng nếu cố ý cho thông tin giả, tôi sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình. Tôi nhận biết rằng chữ ký của tôi (hoặc của người đại diện dưới luật pháp Tiểu Bang nơi tôi cư ngụ) trên đơn này có nghĩa rằng tôi đã đọc và hiểu những nội dung của hai mặt của tờ đơn này. Nếu ký bởi người đại diện (như nêu trên), chữ ký này cam kết: 1) người này được phép hoàn tất tờ đơn này theo luật pháp Tiểu Bang và 2) tờ đơn ủy quyền này có sẵn trên sự yêu cầu của chương trình Easy Choice HMO hoặc của Medicare.