



ĐƠN GHI DANH 2012

Để 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 Best (HMO) \$0 mỗi tháng**
– Quận Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, California
- Easy Choice Freedom (HMO SNP) \$0 mỗi tháng**
– Một chương trình điều kiện kép, quận Los Angeles, California
- Easy Choice Plus (HMO) \$23.60* mỗi tháng** – Quận Orange, California

** Cho một số người, phụ phí này có thể được bao trả toàn phần hoặc một phần bởi Medicaid hoặc một chương trình thứ ba khác.*

HỌ:		TÊN:		Tên lót viết tắt:		<input type="checkbox"/> Ông <input type="checkbox"/> Bà <input type="checkbox"/> 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 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 đường sắt.

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

	
SAMPLE ONLY	
Name: _____	Sex _____
Medicare Claim Number _____ - _____ - _____	Effective Date _____
Is Entitled To HOSPITAL (Part A)	_____
MEDICAL (Part B)	_____

CÁCH THANH TOÁN LỆ PHÍ BẢO HIỂM

Nếu chúng tôi nhận thấy quý vị thiếu lại phần tiền phạt gia nhập trễ, xin quý vị cho biết cách thức thanh toán số tiền này theo ý. 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.

Nếu quý vị được đánh giá một phần tiền điều chỉnh thu nhập hàng tháng, quý vị sẽ được thông báo từ sở An Sinh Xã Hội. Quý vị có trách nhiệm đóng khoản tiền này theo kèm với tiền bảo phí của chương trình. Quý vị có thể để khoản tiền này trừ thẳng vào ngân phiếu An Sinh Xã Hội hoặc nhận hóa đơn hàng tháng từ Medicare hoặc RRB. Xin đừng trả cho chương trình Easy Choice (HMO) phần tiền IRMAA phần D.

Người với lợi tức thấp có thể hội đủ điều kiện để được giúp đỡ phụ phí tiền thuốc theo toa. Nếu được chấp thuận, Medicare sẽ trả đến 75% hoặc hơn các khoản 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 có đủ điều kiện mà không 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 bảo phí cho quý vị. Nếu bảo hiểm Medicare chỉ trả một phần thì số bảo phí còn lại chúng tôi sẽ thanh toán tiền bảo phí còn lại với 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 hoặc ủy ban phụ trách hưu trí ngành đường sắt của quý vị. (Sự trừ tiền trực tiếp từ sở An sinh Xã Hội/RRB có thể cần đến hai tháng để đi vào hiệu lực sau khi những chương trình này chấp thuận yêu cầu. Trong hầu hết trường hợp, khi được chấp thuận, phần trừ tiền trực tiếp đầu tiên sẽ bao gồm những bảo phí tính từ lúc quý vị gia nhập chương trình đến khi lần trừ tiền đầu tiên. Nếu không được chấp thuận, chúng tôi sẽ gửi hóa đơn bảo phí hàng tháng đến cho quý vị.

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**

Hiện quý vị đã được ghép thận thành công và không cần đi lọc máu định kỳ nữa, 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, nếu không chúng tôi sẽ liên lạc quý vị để được thêm thông tin.

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 cựu chiến binh, 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 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**

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.#:
<p>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:</p> <p>_____ Tài liệu bằng ngôn ngữ: <i>Đại Hàn, Trung Hoa, Tây Ban Nha, Việt Nam</i></p> <p>_____ Hình thức khác: <i>Chữ Braille, băng thâu âm và tài liệu in bằng chữ lớn</i></p> <p>Nếu quý vị cần thông tin về ngôn ngữ hay hình thức khác trên đây; xin vui lòng liên lạc với Chương Trình 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.</p>	
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:

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

Health Plan Membership ID #: _____

Received Date: ____ / ____ / ____

ELECTION TYPE:

ICEP/IEP: _____

Annual Enrollment Period (October 15, 2011 to December 7, 2011)

Special Election Period (type): _____

Not Eligible: _____

Thông thường, quý vị chỉ 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 vừa trở về Hoa Kỳ sau khi định cư dài hạn ngoài nước. Tôi trở về ____ / ____ / ____
- 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.
- Chương trình của tôi đang kết thúc hợp đồng với Medicare hoặc ngược lại.
- Tôi đã ghi danh vào một chương trình nhu cầu đặc biệt nhưng đã làm mất những điều kiện phải có để tiếp tục ở lại chương trình. Tôi đã bị rút tên khỏi chương trình SNP vào: ____ / ____ / ____

Nếu những phần trên không phù hợp với hoàn cảnh của quý vị hoặc quý vị không chắc, 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 chuyển 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.