

XIN GIỮ BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO HỒ SƠ LƯU GIỮ CỦA QUÝ VỊ.

Mẫu Đơn Ghi Danh Gia Nhập Chương Trình Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid)

Để gia nhập một Chương Trình Medicare-Medicaid, quý vị phải có Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện), Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế), và Medi-Cal.

Xin chọn một chương trình y tế:

☐ OneCare Connect

Thông Tin Của Quý Vị:

Tên: (tên, tên đệm, họ)

Ngày sinh:
(_ _ / _ _ / _ _ _ _)
Tháng/ Ngày / Năm

Giới tính: ☐ Nữ ☐
Nam

Số điện thoại:

Số điện thoại phụ:

Địa chỉ Email:

Địa chỉ nhà:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã vùng:

Quận (không bắt buộc):

Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ nhà):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã vùng:

Quận (không bắt buộc):

Tên người liên lạc trong trường hợp cấp cứu:

Số điện thoại liên lạc trong trường hợp cấp cứu:

Xin đánh dấu vào một trong những ô ở dưới nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc bằng một hình thức có thể tiếp cận:

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Trung Đông ☐ Tiếng Hàn Quốc
☐ Tiếng Trung Quốc ☐ Tiếng Ả Rập ☐ Chữ nổi braille, đĩa thu thanh hoặc chữ in khổ lớn

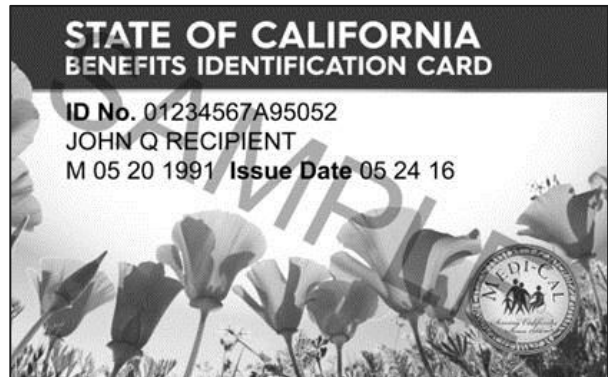
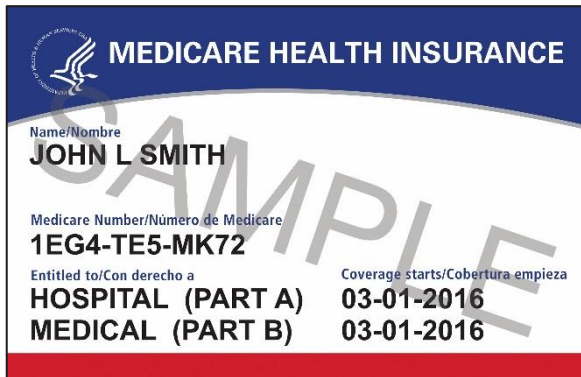
Xin quý vị vui lòng liên lạc OneCare Connect ở số **1-855-705-8823** nếu quý vị cần thông tin bằng một hình thức có thể tiếp cận được hoặc một ngôn ngữ khác ngoài những điều được liệt kê ở trên. Chúng tôi làm việc từ thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY nên gọi số **1-800-735-2929**.

Xin cho chúng tôi biết nơi quý vị thường nhận các dịch vụ y tế:

Tên bác sĩ gia đình, phòng mạch hoặc trung tâm y tế của quý vị:	Số điện thoại:
---	----------------

Xin cho chúng tôi biết về sự đài thọ Medicare và Medi-Cal của quý vị:

Điền thông tin Medicare và Medi-Cal của quý vị dưới đây. Quý vị có thể tìm thấy thông tin này trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng, và xanh dương của quý vị, hoặc một lá thư từ Sở An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa. Đồng thời, xin điền số thẻ Medi-Cal của quý vị giống như trên mặt trước của thẻ.



Tên (giống như trên thẻ Medicare của quý vị):

Số Medicare:

Có Quyền Hưởng:

Ngày Có Hiệu Lực:

Bệnh viện (Phần A):

Y tế (Phần B):

Quý vị phải có Medicare Phần A và Phần B để được tham gia vào một chương trình Medicare Advantage Medicare-Medicaid (chương trình MMP).

Tên (giống như trên thẻ Medicaid của quý vị):

Số Medicaid:

Thông tin cá nhân khác:

Quý vị có bị bệnh thận giai đoạn cuối không? Nếu “có” và quý vị đã cấy ghép thành công thận và/hoặc không cần lọc máu thường xuyên, xin đính kèm văn bản hỗ trợ từ bác sĩ của quý vị.		☐ Có ☐ Không
Quý vị có sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn không? Nếu "có", xin điền vào thông tin dưới đây:		☐ Có ☐ Không
Tên của cơ sở:		Số điện thoại:
Quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không	Quý vị đã kết hôn chưa? ☐ Có ☐ Không	Vợ hoặc chồng của quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

Thông tin về sự đài thọ y tế và thuốc theo toa của quý vị:

Một số người có bảo hiểm y tế hoặc sự đài thọ thuốc khác qua cơ quan bảo hiểm tư nhân, TRICARE, sở làm, hội đoàn, Hội Cựu Chiến Binh, hoặc Các Chương Trình Trợ Giúp Dược Phẩm của Tiểu Bang (tiếng Anh là State Pharmaceutical Assistance Programs - SPAPs).

Quý vị có sự đài thọ y tế khác không? Nếu “có”, xin điền vào thông tin sau đây ☐ Có ☐ Không	
Tên chương trình của quý vị (và sở làm, nếu có):	Số nhóm:
	Số thẻ thành viên:
Tên chương trình của quý vị (và sở làm, nếu có):	Số nhóm:
	Số thẻ thành viên:
Tên chương trình của quý vị (và sở làm, nếu có):	Số nhóm:
	Số thẻ thành viên:
Tên chương trình của quý vị (và sở làm, nếu có):	Số nhóm:
	Số thẻ thành viên:
Tên chương trình của quý vị (và sở làm, nếu có):	Số nhóm:
	Số thẻ thành viên:

Nếu quý vị hiện đang có sự đài thọ y tế từ một sở làm hoặc hội đoàn, quý vị (hoặc người phụ thuộc của quý vị) có thể mất sự đài thọ đó khi quý vị tham gia chương trình OneCare Connect. Sở làm hoặc hội đoàn của quý vị có thể cho quý vị thêm thông tin về sự đài thọ của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy nói chuyện với người chuyên giải quyết các phúc lợi trong văn phòng của quý vị.

Xin đọc và ký tên bên dưới.

Khi quý vị ký tên vào mẫu đơn này có nghĩa là quý vị hiểu rằng:

- OneCare Connect có hợp đồng với chính phủ liên bang và Tiểu Bang California.
- Các dịch vụ y tế quý vị nhận được trong chương trình mới của quý vị có thể khác với các dịch vụ quý vị đã nhận trước đây.
- Tôi phải giữ Medicare Phần A và B, và có Medi-Cal.
- Tôi chỉ có thể gia nhập vào một chương trình Medicare vào cùng một thời điểm.
- Khi gia nhập OneCare Connect, tôi sẽ kết thúc sự gia nhập của mình trong một chương trình y tế hoặc thuốc theo toa khác của Medicare.
- Tôi phải cho Medicare và Medi-Cal biết về bất cứ sự đòi hỏi thuốc theo toa nào tôi có hoặc có thể có trong tương lai.
- Nếu tôi chuyển chỗ ở, tôi cần cho OneCare Connect biết.
- Là một thành viên của OneCare Connect, tôi có quyền khiếu nại nếu tôi không đồng ý với các quyết định của OneCare Connect về việc trả tiền hoặc các dịch vụ.
- Tôi hiểu rằng Cẩm Nang Thành Viên OneCare Connect (Minh Định Sự Đòi Thò) bao gồm những quy định tôi phải tuân theo.
- OneCare Connect thường không đòi hỏi khi thành viên ở ngoài nước, nhưng có thể có vài sự đòi hỏi có giới hạn gần biên giới Hoa Kỳ.
- Vào ngày mà sự đòi hỏi OneCare Connect bắt đầu, tôi phải nhận sự chăm sóc y tế của tôi từ các nhà cung cấp dịch vụ của OneCare Connect, trừ trường hợp cấp cứu hoặc sự chăm sóc khẩn cấp cần thiết, lọc máu ngoài khu vực hoặc nếu tôi được OneCare Connect hoặc tiểu bang California chấp thuận để gặp các nhà cung cấp dịch vụ khác trong một số trường hợp.
- OneCare Connect sẽ đòi hỏi sự chăm sóc y tế của tôi với các nhà cung cấp dịch vụ của OneCare Connect và các nhà cung cấp dịch vụ khác được liệt kê trong Cẩm Nang Thành Viên (Minh Định Sự Đòi Thò) để xem những dịch vụ nào được đòi hỏi.
- Nếu tôi cần khám với một bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác không thuộc OneCare Connect, tôi có thể cần sự cho phép trước hoặc tôi có thể phải tự trả tiền cho các dịch vụ tôi nhận được.
- Tôi hiểu rằng nếu một nhân viên bán hàng, người môi giới, hoặc cá nhân làm việc cho hoặc có hợp đồng với OneCare Connect đang giúp tôi, OneCare Connect có thể trả tiền cho người đó khi họ ghi danh gia nhập tôi.
- Bằng cách gia nhập OneCare Connect, tôi biết rằng OneCare Connect có thể chia sẻ thông tin của tôi với Medicare và Medi-Cal và các chương trình khác khi cần cho sự điều trị, trả tiền, và điều hành sự chăm sóc y tế.
- Tôi hiểu rằng những loại thuốc theo toa được đòi hỏi, nhưng không phải lúc nào cũng là cùng một loại với thuốc tôi đang sử dụng rồi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được tiếp nhận ít nhất một số lượng thuốc theo toa hiện dùng của tôi cho 30 ngày, cho đến khi tôi có thể đổi một loại thuốc khác, và tôi sẽ có thể đến khám với nhà cung cấp dịch vụ hiện thời của tôi cho khoảng thời gian lên đến 12 tháng cho các dịch vụ Medicare và một khoảng thời gian lên đến 12 tháng cho các dịch vụ Medi-Cal từ ngày tôi gia nhập vào OneCare Connect. Tôi cũng hiểu rằng OneCare Connect có các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc tôi phải sử dụng để nhận các dịch vụ chăm sóc y tế, trừ các trường hợp không định kỳ, cấp cứu.
- Tôi biết rằng OneCare Connect có thể chia sẻ thông tin của tôi bao gồm sự đòi hỏi thuốc theo toa của tôi với Medicare và Medi-Cal. Họ có thể tiết lộ thông tin cho việc nghiên cứu và các mục đích khác, như đã được luật và các quy định của liên bang cho phép.

- Thông tin trong mẫu đơn này là chính xác nhất theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trong mẫu đơn này, tôi sẽ bị lấy tên ra khỏi OneCare Connect.
- Chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền của tôi) trong mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu mẫu đơn này. Nếu một người đại diện được ủy quyền ký tên, chữ ký của người này có nghĩa là họ được luật của Tiểu bang ủy quyền để hoàn tất việc gia nhập này, và những văn bản của việc ủy quyền này sẽ được cung cấp nếu có yêu cầu từ Medicare và/hoặc Medi-Cal.

Chữ ký của quý vị:		Ngày:
Thông tin về người đại diện được ủy quyền của quý vị, nếu có: Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải cung cấp thông tin sau, ký tên và điền ngày bên dưới:		
Tên (xin viết hoa):		
Chữ ký:		
Ngày hôm nay:		
Địa chỉ:		
Số điện thoại:		
Mối quan hệ với người có Medicare và Medicaid:		

Để biết thêm thông tin, xin vào trang mạng www.caloptima.org. **Nếu quý vị có thắc mắc**, xin gọi OneCare Connect ở số **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể nhận thông tin này miễn phí bằng những các ngôn ngữ và hình thức khác, như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, và đĩa thu thanh.

Chỉ Dành Cho Văn Phòng - Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Plan ID#:	Effective date of coverage:
SEPs: ☐ ICEP/IEP ☐ OEP ☐ AEP ☐ SEP (type) ☐ Not Eligible	
CMS approved (MM/DD/YY):	Preferred language:
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho các tham dự viên. OneCare Connect

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, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Thông tin phúc lợi được cung cấp chỉ là sự tóm tắt ngắn gọn, không phải là bản miêu tả hoàn chỉnh của các phúc lợi. Các giới hạn, tiền phụ phí, và hạn chế có thể được áp dụng. Để biết thêm chi tiết, xin liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ OneCare Connect hoặc đọc Cẩm Nang Thành Viên OneCare Connect. Các phúc lợi và/hoặc tiền phụ phí có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 mỗi năm. Để biết thêm chi tiết, xin vào thăm trang mạng www.caloptima.org/onecareconnect. Nếu quý vị có thắc mắc, xin vui lòng gọi đường dây miễn phí OneCare Connect ở số **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք **1-855-705-8823** (TTY (հեռատիպ)՝ **1-800-735-2929**):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-705-8823** (телетайп: **1-800-735-2929**).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم

1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع **TTY 1-800-735-2929**).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-855-705-8823 (TTY: **1-800-735-2929**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau
1-855-705-8823 (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-705-8823** (TTY:
1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Lao: ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).