

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

Mẫu đơn Ghi danh cho Chương trình Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid)

Để tham gia vào 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:

Họ và Tên: (Tên, Tên lót, Họ)			
Ngày sinh: (__ / __ / __ __) Tháng/Ngày/Năm		Giới tính: Nữ ☐ Nam ☐	
Số điện thoại:	Số điện thoại thứ hai:	Địa chỉ email:	
Địa chỉ nhà:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã số vùng:	Quận (thông tin không bắt buộc):
Địa chỉ nhận thư (nếu khác với địa chỉ nhà):			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã số vùng:	Quận (thông tin không bắt buộc):
Tên của người để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:		Số điện thoại để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	

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

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

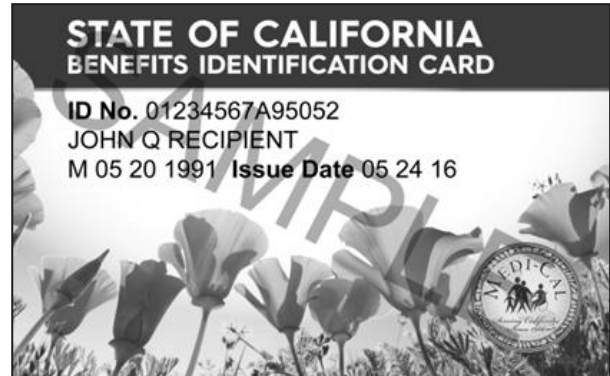
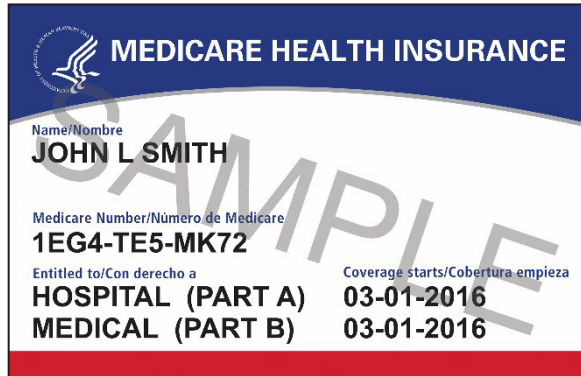
Xin liên lạc với OneCare Connect ở số **1-855-705-8823** nếu quý vị cần thông tin bằng một hình thức có thể tiếp cận được hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài những ngôn ngữ được liệt kê ở trên. Văn phòng của chúng tôi làm việc thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số **711**.

Tên của bác sĩ gia đình, phòng khám 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:

Xin điền thông tin về sự đài thọ Medicare và Medi-Cal của quý vị ở bên dưới. Quý vị có thể tìm thấy thông tin này trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị hoặc Ủy Ban Hưu Trí Hòa Xa. Ngoài ra, xin ghi số ID Medi-Cal có ở mặt trước thẻ Medi-Cal của quý vị.



Tên (như được ghi trên thẻ Medicare của quý vị):

Số Medicare:

Được Nhận:

Ngày Hiệu lực:

Bệnh viện (Phần A):

Y tế (Phần B):

Quý vị phải có Medicare Phần A và Phần B để tham gia chương trình MMP.

Tên (như được ghi trên thẻ Medicaid của quý vị):

Số Medicaid:

H8016_22MM043TV

WHITE-Processing Individual

YELLOW-OneCare Connect Representative

PINK-Enrolling Individual

Thông tin cá nhân khác:

Quý vị có bị bệnh thận giai đoạn cuối (end-stage renal disease, ESRD) không? Nếu câu trả lời là “có” và quý vị đã cấy ghép thận thành công và/hoặc không còn cần phải lọc máu định kỳ, xin đính kèm ghi chú từ bác sĩ của quý vị.		☐ Có ☐ Không
Quý vị có đang sống trong cơ sở chăm sóc dài hạn không? Nếu câu trả lời là “có,” xin điền thông tin vào phần bên dưới:		☐ Có ☐ Không
Tên của cơ sở:		Điện thoại:
Quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không	Quý vị có đang kết hôn không? ☐ Có ☐ Không	Người phối ngẫu của quý vị có đi làm không? ☐ Có ☐ Không

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

Một số người có bảo hiểm y tế hoặc sự đài thọ thuốc khác thông qua bảo hiểm tư nhân, TRICARE, chủ hãng, đoàn thể, Cơ Quan Cựu Chiến Binh hoặc các Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).

Quý vị có sự đài thọ y tế khác không? Nếu câu trả lời là “có,” xin điền thông tin vào phần bên dưới ☐ Có ☐ Không	
Tên chương trình của quý vị (và chủ hãng, nếu có):	Số nhóm:
	Số ID:
Tên chương trình của quý vị (và chủ hãng, nếu có):	Số nhóm:
	Số ID:
Tên chương trình của quý vị (và chủ hãng, nếu có):	Số nhóm:
	Số ID:
Tên chương trình của quý vị (và chủ hãng, nếu có):	Số nhóm:
	Số ID:
Tên chương trình của quý vị (và chủ hãng, nếu có):	Số nhóm:
	Số ID:

Nếu quý vị hiện đang có sự đài thọ y tế từ chủ hãng hoặc đoàn thể, quý vị (hoặc những người phụ thuộc của quý vị) có thể mất sự đài thọ đó khi quý vị tham gia chương trình OneCare Connect. Chủ hãng hoặc đoàn thể của quý vị có thể cung cấp cho quý vị thêm thông tin về sự đài thọ của quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, xin trao đổi với người phụ trách về các phúc lợi tại văn phòng của quý vị.

Xin đọc và ký tên bên dưới.

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

- OneCare Connect có hợp đồng với chính phủ liên bang và với Tiểu bang California.
- Các dịch vụ y tế mà quý vị nhận từ chương trình mới của quý vị có thể khác với những dịch vụ mà quý vị đã nhận được trước đây.
- Tôi phải giữ Medicare Phần A và B và Medi-Cal.
- Tôi chỉ có thể ở trong một chương trình Medicare duy nhất tại một thời điểm.
- Khi tham gia vào chương trình OneCare Connect, tôi sẽ chấm dứt việc ghi danh của mình với một chương trình y tế hoặc thuốc theo toa khác của Medicare.
- Tôi phải cho Medicare và Medi-Cal biết về bất kỳ sự đòi thọ thuốc theo toa nào mà tôi có hoặc có thể nhận được trong tương lai.
- Nếu tôi chuyển nhà đi, 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 thanh toán hoặc dịch vụ.
- Tôi hiểu rằng Cẩm nang Thành viên của OneCare Connect (Minh Định Sự Đòi Thọ) bao gồm những quy định mà tôi phải tuân theo.
- OneCare Connect thường không đòi thọ cho mọi người khi họ ở nước ngoài, nhưng có thể có một số sự đòi thọ hạn chế khi ở gần biên giới Hoa Kỳ.
- Vào ngày mà sự đòi thọ của OneCare Connect bắt đầu, tôi phải nhận dịch vụ chăm sóc y tế của tôi từ các nhà cung cấp dịch vụ của OneCare Connect, ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết, dịch vụ lọc máu ngoài khu vực hoặc nếu tôi được sự chấp thuận của OneCare Connect hoặc Tiểu bang California để khám với những nhà cung cấp dịch vụ khác trong một số trường hợp.
- OneCare Connect sẽ đòi thọ dịch vụ chăm sóc y tế của tôi với các bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ khác của OneCare Connect như được trình bày trong Cẩm nang Thành viên (Minh Định Sự Đòi Thọ) để biết những dịch vụ nào được đòi thọ.
- Nếu tôi muốn khám với một nhà cung cấp dịch vụ hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác không có trong chương trình của OneCare Connect, tôi có thể cần sự chấp thuận trước hoặc tôi có thể phải tự trả chi phí cho những dịch vụ mà tôi nhận được.
- Tôi hiểu rằng nếu một nhân viên kinh doanh, người môi giới hoặc một người khác được tuyển dụng bởi hoặc có hợp đồng với OneCare Connect đang trợ giúp cho tôi, OneCare Connect có thể chi trả cho người này khi họ ghi danh cho tôi vào chương trình.
- Khi tham gia vào chương trình OneCare Connect, tôi biết rằng OneCare Connect có thể chia sẻ thông tin của tôi với Medicare và Medi-Cal và những chương trình khác khi cần thiết cho việc điều trị, thanh toán, và điều hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Tôi hiểu rằng các loại thuốc theo toa được đòi thọ, nhưng không phải lúc nào cũng là những loại thuốc mà tôi đang sử dụng. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận những loại thuốc hiện tại của mình trong ít nhất 30 ngày, cho đến khi tôi có thể chuyển sang một loại thuốc khác, và tôi có thể khám với những nhà cung cấp dịch vụ hiện tại của mình trong khoảng thời gian tối đa 12 tháng cho các dịch vụ của Medicare và trong khoảng thời gian tối đa 12 tháng cho các dịch vụ của Medi-Cal khi tôi tham gia vào chương trình OneCare Connect. Tôi cũng hiểu rằng OneCare Connect có các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc mà tôi phải sử dụng để nhận những dịch vụ chăm sóc y tế, ngoại trừ những trường hợp cấp cứu, không định kỳ.

- Tôi biết rằng OneCare Connect có thể chia sẻ thông tin của tôi bao gồm sự đài thọ thuốc theo toa của tôi với Medicare và Medi-Cal. Họ có thể tiết lộ thông tin cho mục đích nghiên cứu và những mục đích khác, theo sự cho phép của các đạo luật và quy định của liên bang.
- Thông tin trên mẫu đơn này là đúng theo những gì tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên ra khỏi chương trình OneCare Connect.
- Chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền của tôi) trên 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 ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn tất việc ghi danh này và có thể cung cấp tài liệu về sự ủy quyền này khi Medicare và/hoặc Medi-cal yêu cầu.

Chữ ký của quý vị:	Ngày:
---------------------------	--------------

Thông tin về người đại diện được ủy quyền của quý vị, nếu áp dụng:

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải cung cấp những thông tin sau đây, ký tên và ghi ngày bên dưới:

Tên (viết in hoa):	
Chữ ký:	
Ngày:	
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 cho OneCare Connect ở số **1-855-705-8823, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số **711**. Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể nhận thông tin này bằng các ngôn ngữ và hình thức khác miễn phí, như chữ in khô lớn, chữ nổi braille và đĩa thu âm.**

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. Xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ OneCare Connect ở số miễn phí **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

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: **711**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **711**).

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: 711)。

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:711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-855-705-8823** (TTY **711**) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** وعلى (TTY **711**)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.