CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh Đăng Ký

Trước khi ra quyết định ghi danh đăng ký, điều quan trọng là quý vị phải hiểu rõ toàn bộ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi điện và trao đổi với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-866-314-2427 (TTY:711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ Thái Bình Dương, 7 ngày một tuần.

Hiểu Rõ về Quyền Lợi

- ☐ Bằng chứng Bảo hiểm (EOC) cung cấp một danh sách đầy đủ tất cả các bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và lợi ích của chương trình trước khi bạn đăng ký. Truy cập www.centralhealthplan.com hoặc gọi 1-866-314-2427, TTY 711 để xem bản sao của EOC.

- ☐ Xem lại danh bạ nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo bác sĩ mà quý vị thăm khám hiện đang tham gia mạng lưới. Nếu họ không có tên trong danh sách, có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn bác sĩ mới.

- ☐ Xem lại danh bạ nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng để mua bất kỳ loại thuốc theo toa nào có tên trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có tên trong danh sách, có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn nhà thuốc mới để mua các loại thuốc theo toa.

- ☐ Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được chi trả.

Hiểu rõ các Quy tắc Quan trọng

- ☐ Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được trừ vào séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng. Nếu quý vị dự định ghi danh đăng ký tham gia Central Health Focus Plan (HMO) hoặc Central Health Savings Plan (HMO), quý vị sẽ đủ điều kiện được giảm số tiền Phí Bảo Hiểm Phần B.

- ☐ Các quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2024. Ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không bao trả cho các dịch vụ do nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không có tên trong danh bạ nhà cung cấp).

- ☐ Nếu quý vị dự định ghi danh đăng ký tham gia Central Health Focus Plan (HMO C-SNP), vui lòng lưu ý rằng chương trình này là một chương trình dành cho nhu cầu đặc biệt về bệnh trạng mãn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh đăng ký của quý vị sẽ được dựa trên việc xác minh rằng quý vị có bệnh trạng nghiêm trọng cụ thể hoặc tình trạng khuyết tật mãn tính đủ điều kiện.

- ☐ Chỉ áp dụng nếu ghi danh vào Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP): Chương trình này là chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên xác minh rằng quý vị đủ điều kiện nhận cả Medicare và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid.

- ☐ Ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm hiện tại. Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hiện tại của bạn sẽ kết thúc khi bảo hiểm Medicare mới của bạn bắt đầu. Ví dụ: nếu bạn đang tham gia chương trình Tricare hoặc Medicare, bạn sẽ không còn nhận được lợi ích từ chương trình đó sau khi bảo hiểm mới của bạn bắt đầu.

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

OMB No. 0938-1378
Expires: 7/31/2024

BIỂU MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ GHI DANH 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 một kế hoạch, bạn phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực kinh doanh của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Medicare Advantage, bạn cũng phải có cả hai:

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

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Bạn có thể tham gia một kế hoạch:

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

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm bạn có thể đăng ký một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của bạn (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của bạn)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của bạn

Ghi chú:Bạn phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn - bạn không thể bị từ chối bảo hiểm vì bạn không điền vào.

Nhắc nhở:

- Nếu bạn muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh vào mùa thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) Bảo hiểm phải nhận được biểu mẫu hoàn chỉnh của bạn trước ngày 7 tháng 12.
- Bảo hiểm của bạn sẽ gửi cho bạn hóa đơn thanh toán phí. Bạn có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc từ phúc lợi an sinh xã hội của bạn (or Railroad Retirement Board).

Chuyện gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và đã ký của bạn tới:
Central Health Medicare Plan
PO Box 14248
Orange, CA 92863
Attention: Enrollment Department
Fax: 626-388-2371

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

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

Gọi cho Central Health Medicare Plan số 1-866-314-2427. Người dùng TTY có thể gọi 711.
hoặc là, gọi Medicare số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En español:
Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những cá nhân trải qua tình trạng vô gia cư

- Nếu bạn muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, Hộp thư bưu điện, địa chỉ của nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi bạn nhận được thư (ví dụ: ngân phiếu an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của bạn.

Theo Đạo luật Giảm thủ tục Giấy tờ năm 1995, không có người nào 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 để thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin.Nếu bạn 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 cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CHÚ Ý
Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ vật dụng nào có thông tin cá nhân của bạn (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Thông quan Báo cáo PRA. Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không phải là về cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu gom của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị phá hủy. Nó sẽ không được giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình bảo hiểm. Xem “Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?” trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của bạn đến chương trình bảo hiểm.

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Đơn Đăng Ký

PO Box 14248
Orange, CA 92863

Phần 1 - Tất cả các mục trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn gói bảo hiểm quý vị muốn tham gia:

☐ **Central Health Medicare Plan (HMO) 001** (LA/SB/RS/OC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006** (FR/SC/AL/CC/SJ/LA/SB/OC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Savings Plan (HMO) 019** (LA/SB/RS/OC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Premier Plan I (HMO) 020-1** (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Premier Plan I (HMO) 020-2** (SB/RS/OC) $41 mỗi tháng

☐ **Central Health Premier Plan II (HMO) 021-1** (SB/RS/OC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Premier Plan II (HMO) 021-2** (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) $41 mỗi tháng

☐ **Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008** (VC) $0 mỗi tháng

☐ **Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) 009** (VC) $41 mỗi tháng

☐ **Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018** (SM) $0 mỗi tháng

Họ:	Tên:	Tên đệm:

Ngày sinh:(Tháng Ngày Năm) __ __ /__ __ /__ __ __ __	Giới tính : ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại Nhà riêng: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __	Số điện thoại di động: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __

Địa chỉ Đường phố Thường trú: (Không thể nhập PO Box)

Thành phố:	Quốc gia:	Tiểu bang:	Mã ZIP:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của bạn (cho phép PO Box):

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

Thông tin Medicare của bạn

Số Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Trả lời những câu hỏi quan trọng này

Bạn sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Chương trình Central Health Medicare Plan không? ☐ Có ☐ Không

Tên chương trình bảo hiểm khác: _____

Số ID của chương trình bảo hiểm này: _____

Số nhóm của chương trình bảo hiểm này: _____

Quý vị có đăng ký vào chương trình Trợ cấp Medicaid Tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không
Nếu câu trả lời là "có", vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Số Medicaid _____ Ngày sinh với Medicaid _____

Quý vị có chứng Rối loạn tim mạch, Suy tim mãn tính và/hoặc Tiểu đường không? ☐ Có ☐ Không

Tên người đăng ký: _____

Phần 1 - Tất cả các phần này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để ở lại Central Health Medicare Plan.
- Bằng cách tham gia vô Medicare Advantage Plan, tôi công nhận là Central Health Medicare Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, có thể sử dụng nó để theo dõi việc đăng ký của tôi, để thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của bạn cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong kế hoạch.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký vào một chương trình Medicare Advantage tại một thời điểm - và việc ghi danh vào kế hoạch này sẽ tự động kết thúc việc đăng ký của tôi vào một chương trình Medicare Advantage khác (ngoại lệ áp dụng cho các gói bảo hiểm MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi chương trình Bảo hiểm Y tế Central Health của tôi bắt đầu , tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Central Health Medicare Plan. Các lợi ích và dịch vụ được cung cấp bởi Central Health Medicare Plan và liệt kê trong tài liệu "Bằng chứng bảo hiểm" của chương trình bảo hiểm Central Health Medicare Plan (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận thuê bao) sẽ được bảo đảm. Cả Medicare và Central Health Medicare Plan đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trên mẫu đơn ghi danh 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 loại khỏi chương trình bảo hiểm.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi một đại diện được 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 chứng minh việc ủy quyền cho cá nhân này sẽ được trình báo cho Medicare

Chữ ký:	**Ngày hôm nay:**

Nếu bạn là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các phần sau:

Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Quan hệ với Người đăng ký:

Phần 2 - Tất cả các phần này là không bắt buộc

Trả lời những câu hỏi này là sự lựa chọn của bạn. Bạn không thể bị từ chối bảo hiểm bởi vì bạn không điền vào chúng.

Bạn là người gốc Tây Ban Nha, La tinh/a hay Tây Ban Nha? Chọn tất cả những gì phù hợp.

- ☐ Không, không phải gốc Tây Ban Nha, La tinh, hoặc Tây Ban Nha
- ☐ Phải, người Puerto Rico
- ☐ Phải, một người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha khác
- ☐ Phải, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, Chicano/a
- ☐ Phải, người Cuba
- ☐ **Tôi chọn không trả lời.**

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả những gì phù hợp.

- ☐ Người Mỹ da đỏ hoặc Người bản địa Alaska

Châu Á:

- ☐ Người Ấn Độ Châu Á
- ☐ Người Trung Quốc
- ☐ Người Philippin
- ☐ Người Nhật
- ☐ Hàn Quốc
- ☐ Người Việt
- ☐ Người châu Á khác

- ☐ Da đen hoặc người Mỹ gốc Phi

Thổ dân Hawaii và Đảo Thái Bình Dương:

- ☐ Guamania hoặc Chamorro
- ☐ Người Hawaii bản địa
- ☐ Samoan
- ☐ Đảo Thái Bình Dương khác

- ☐ Người Mỹ da trắng
- ☐ **Tôi chọn không trả lời.**

Tên người đăng ký: _____

Ngôn ngữ chính của bạn là gì? _____

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

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

Chọn một nếu bạn muốn chúng tôi gửi thông tin cho bạn ở định dạng có thể truy cập được.

☐ Chữ nổi ☐ Tài liệu In lớn ☐ CD âm thanh

Vui lòng liên hệ với Chương trình Medicare của Central Health theo số 1-866-314-2427 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc ngôn ngữ khác với những mục được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 7 ngày/tuần, 8 sáng - 8 tối (người dùng TTY vui lòng gọi tới số 711).

Bạn có làm việc không? ☐ Có ☐ Không	Người kết hôn với bạn có làm việc không? ☐ Có ☐ Không

Vui lòng chọn tên Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) và Nhóm Bác sĩ:

Tên PCP:

Tên Nhóm Bác sĩ:	PCP Số ID: ☐ Bệnh nhân Hiện tại

Vui lòng chọn tên của Nhà cung cấp DeltaCare USA: (Tùy chọn)

Tên của Nha sĩ hoặc Tên Cơ sở:

Số Cơ sở:	Thành phố:

Thanh toán phí bảo hiểm kế hoạch của bạn

Bạn có thể trả phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh muộn mà bạn hiện có hoặc có thể nợ) qua thư mỗi tháng. **Bạn cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động lấy phí bảo hiểm đó ra khỏi phúc lợi An sinh xã hội của bạn hoặc Railroad Retirement Board (RRB) lợi mỗi tháng.**

Nếu bạn phải trả Part D- Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Part D-IRMAA), bạn phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trích từ phúc lợi An sinh Xã hội của bạn, hoặc bạn có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc là RRB). KHÔNG trả tiền cho Central Health Medicare Plan cho Phần D-IRMAA.

Nếu bạn không chọn một tùy chọn thanh toán, bạn sẽ nhận được hóa đơn mỗi tháng.
Vui lòng chọn một tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm:

☐ Lấy hóa đơn
☐ Tự động khấu trừ từ Hội đồng An sinh Xã hội hàng tháng hoặc Hưu trí Đường sắt (RRB) tiền phụ cấp chi phiếu của quý vị

☐ An sinh Xã hội ☐ RRB

BÁO CÁO HÀNH ĐỘNG 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 để thanh toán các quyền lợi Medicare. 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 Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) “Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của bạn cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh trong kế hoạch.

Tên người đăng ký: _____

Chứng nhận đủ điều kiện Thời gian Đăng ký

Thông thường, quý vị chỉ có thể đăng ký vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị đăng ký tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau và đánh dấu vào hộp kiểm có tuyên bố phù hợp với quý vị. Bằng việc đánh dấu bất kỳ hộp kiểm nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện về Thời gian Đăng ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy đăng ký.

☐ Tôi mới tham gia Medicare.

☐ Tôi đã đăng ký vào chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện thay đổi trong Thời gian Mở Đăng ký Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc gần đây tôi đã chuyển chỗ ở và chương trình này là một tùy chọn mới cho tôi. Tôi chuyển chỗ ở vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____

☐ Tôi mới được ân xá ra khỏi nhà tù. Tôi được thả tự do vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Gần đây tôi đã quay trở về Hoa Kỳ sau khi thường trú ở khu vực ngoài Hoa Kỳ. Tôi quay trở lại Hoa Kỳ vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Tôi mới nhận được tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Gần đây tôi có thực hiện thay đổi trong chương trình Medicaid (mới nhận được Medicaid, thay đổi cấp độ trợ giúp Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Gần đây tôi đã thực hiện một thay đổi trong chương trình Trợ giúp Bổ sung của mình khi thanh toán cho bảo hiểm kê đơn thuốc của Medicare (mới nhận Trợ giúp Bổ sung, thay đổi cấp độ Trợ giúp Bổ sung, hoặc mất Trợ giúp Bổ sung) vào (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Tôi có cả hai chương trình Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp tôi chi trả phí bảo hiểm Medicare) hoặc tôi được Trợ giúp Bổ sung thanh toán bảo hiểm kê đơn thuốc Medicare của tôi, nhưng tôi không có thay đổi.

☐ Tôi đang chuyển đến, đang sống hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: nhà dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển tới/sẽ chuyển tới/chuyển ra khỏi cơ sở vào (nhập ngày) Từ _____ /_____ /_____ Đến _____ /_____ /_____.

☐ Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào ngày (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Gần đây tôi đã vô tình làm mất bảo hiểm thuốc kê đơn thuốc đáng tin cậy của tôi (bảo hiểm tốt như bảo hiểm Medicare). Tôi mất bảo hiểm thuốc vào ngày (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Tôi sắp bỏ bảo hiểm công ty hoặc bảo hiểm công đoàn vào ngày (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Tôi thuộc một chương trình hỗ trợ về dược phẩm do tiểu bang cung cấp.

☐ Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.

☐ Tôi đã được đăng ký vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Đăng ký của tôi vào chương trình đó bắt đầu vào ngày (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

☐ Tôi đã được đăng ký vào Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã mất tiêu chuẩn về các nhu cầu đặc biệt bắt buộc để được tham gia chương trình đó. Tôi đã bị hủy đăng ký khỏi SNP vào ngày (nhập ngày) _____ /_____ /_____.

Tên người đăng ký: _____

Chứng nhận đủ điều kiện Thời gian Đăng ký (Cont.)

☐ Tôi bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (FEMA) hoặc bởi một tổ chức chính quyền Liên bang, tiểu bang hoặc địa phương. Một trong những tuyên bố khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể đăng ký yêu cầu vì thảm họa. Thời gian bầu cử bị bỏ lỡ do sự cố liên quan đến FEMA (Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang):

_____

Nếu không có phát biểu nào áp dụng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ Chương trình Medicare của Central Health theo số 1-866-314-2427 (người dùng TTY vui lòng gọi tới số 711) để được biết quý vị có đủ điều kiện đăng ký không. Chúng tôi hoạt động 7 ngày/tuần, 8:00 sáng - 8:00 tối.

Tùy chọn liên lạc

Địa chỉ email (tùy chọn): _____

Bằng cách cung cấp cho chúng tôi email của bạn, bạn đồng ý cho chương trình được gửi email cá nhân hóa liên quan trực tiếp đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình sức khỏe của bạn.*

*Bạn có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào.

Chọn tham gia Tài liệu Điện tử: Gửi cho tôi tài liệu chương trình sức khỏe của tôi ở định dạng điện tử:

☐ Bằng chứng về phạm vi bảo hiểm ☐ Danh mục thuốc

☐ Danh bạ nhà cung cấp ☐ Các vật liệu cần thiết khác

Số điện thoại di động muốn nhận tin nhắn văn bản trên điện thoại là gì? (Không bắt buộc)
(__ __ __) __ __ __- __ __ __ __

Bằng cách cung cấp cho chúng tôi số điện thoại di động của bạn, bạn đồng ý cho chương trình được gửi tin nhắn cá nhân hóa liên quan trực tiếp đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình sức khỏe của bạn. Điều này có thể bao gồm thông tin phúc lợi và thông tin về sức khỏe.*

**Bạn có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào. Cước phí tin nhắn và dữ liệu có thể áp dụng cho SMS.

Agent / Broker Information:

Please Read and Sign Below:

- I am licensed and certified by Central Health Medicare Plan to market and sell the plan
- I have provided a complete and accurate explanation to the beneficiary of the plan's eligibility requirements, benefits, and restrictions, with particular emphasis on the beneficiary's needs
- I have reviewed the application in its entirety to ensure that all fields are complete and accurate to my knowledge

Name of Agent / Broker (if assisted in enrollment): _____

FMO (if applicable): _____

Agent / Broker Signature (if assisted in enrollment): _____

CA Insurance License No: _____ National Producer Number (NPN): _____

Application Received Date: _____ /_____ /_____ **Proposed Effective Date:** _____ /_____ /____

Please note: Completed applications must be faxed to Enrollment Department at 626-388-2371 within 24 hours of receipt by the broker.

Central Health Medicare Plan Office Use Only

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP: _____ LIS: _____ NOT ELIGIBLE: _____