

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

Mẫu Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid)

Để tham gia chương trình Medicare-Medicaid, quý vị phải có Medicare Phần A (Bảo Hiểm của Bệnh Viện), Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) và Medi-Cal.

Xin chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe:

<input type="checkbox"/> OneCare Connect
--

Thông Tin của Quý Vị:

Tên: (tên, tên đệm, họ)			
Ngày sinh: (__ / __ / ____) Ngày/tháng/năm		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	
Số điện thoại:	Số điện thoại thứ hai:	Địa chỉ Email:	
Địa chỉ nhà:			
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bru Chính:	Quận (tùy chọn):
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà):			
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bru Chính:	Quận (tùy chọn):
Tên người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:		Số điện thoại liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:	

Vui lòng đánh dấu một trong những ô bên dưới nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ không phải Tiếng Anh hoặc bằng định dạng có thể truy cập:

Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Tiếng Ba Tư Tiếng Hàn
 Tiếng Trung Tiếng Ả-Rập Chữ nổi Braille, băng âm thanh hoặc bản in khổ chữ lớn

Vui lòng liên hệ với OneCare Connect theo số **1-855-705-8823** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc bằng ngôn ngữ khác không phải các ngôn ngữ được liệt kê bên trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Người dùng TTY cần gọi số **1-800-735-2929**.

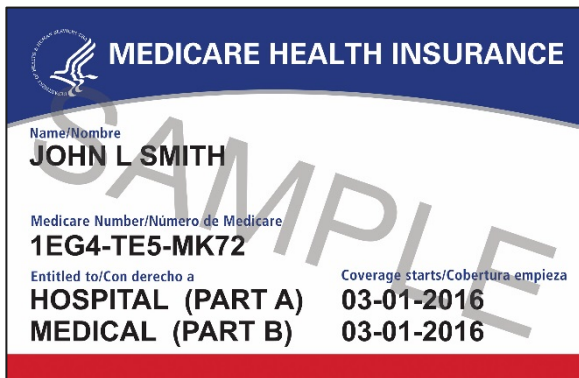
Xin cho chúng tôi biết nơi quý vị thường nhận các dịch vụ y tế:

Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính, phòng khám hay trung tâm y tế của quý vị:

Điện Thoại:

Xin cho chúng tôi biết về chương trình bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị:

Điền thông tin Medicare và Medi-Cal của quý vị bên dưới. Quý vị có thể tìm thấy thông tin này trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của mình hoặc thẻ của Ủy Ban Hưu Trí Đường Sắt. Ngoài ra, vui lòng nhập số ID Medi-Cal của quý vị theo số in trên mặt trước của thẻ Medi-Cal của quý vị.



Tên (như hiển thị trên thẻ Medicare của quý vị):

Số Medicare:

Có giá trị với:

Ngày Có 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 Medicare-

Tên (như hiển thị trên thẻ Medicaid của quý vị):

Số Medicaid:

Medicaid (Medicare-Medicaid Plan, MMP).

Thông tin cá nhân khác:

Quý vị có mắc bệnh thận giai đoạn cuối (End-Stage Renal Disease, ESRD) không? Nếu "có" và quý vị đã được cấy ghép thận thành công và/hoặc không còn phải chạy thận thường xuyên nữa, vui lòng đính kèm thông báo từ bác sĩ của quý vị.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị có đang ở tại một cơ sở chăm sóc dài hạn không? Nếu "có", hãy điền thông tin bên dưới:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Tên trung tâm:	Điện Thoại:	
Quý vị có đi làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị đã kết hôn chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Vợ/chồng quý vị có đi làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

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

Một số người có bảo hiểm y tế khác hay được đài thọ thuốc thông qua bảo hiểm tư nhân, TRICARE, các chủ hãng, các công đoàn, các Hội Cựu Chiến Binh hay các Chương Trình Trợ Giúp Dược Phẩm của Tiểu Bang (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).

Quý vị có sự đài thọ y tế nào khác không? Nếu "có", hãy điền thông tin bên dưới <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 một chủ hãng hoặc công 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. Chủ hãng hoặc công đoàn của

quý vị có thể cho quý vị biết 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.

Vui lòng đọc và ký tên bên dưới.

Khi quý vị ký 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 Medi-Cal.
- Tôi chỉ có thể gia nhập vào một chương trình Medicare tại một thời điểm.
- Khi gia nhập OneCare Connect, tôi sẽ chấm dứt 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 đài thọ thuốc theo toa nào tôi có hoặc có thể có trong tương lai.
- Nếu tôi chuyển chỗ ở, tôi cần thông báo cho OneCare Connect.
- 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 các dịch vụ.
- Tôi hiểu rằng Cẩm Nang Thành Viên OneCare Connect (Minh Định Sự Đài Thọ) bao gồm những quy định tôi phải tuân theo.
- OneCare Connect thường không đài thọ cho các thành viên đang ở ngoài nước, nhưng có thể có vài sự đài thọ có giới hạn gần biên giới Hoa Kỳ.
- Vào ngày mà sự đài thọ OneCare Connect có hiệu lực, 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 California chấp thuận việc gặp các nhà cung cấp dịch vụ khác trong một số trường hợp.
- OneCare Connect sẽ đài thọ 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 Đài Thọ) để xác định những dịch vụ nào được đài thọ.
- Nếu tôi cần gặp một bác sĩ nhà cung cấp hoặc các nhà cung cấp khác không thuộc OneCare Connect, tôi có thể cần xin sự chấp thuận trước hoặc tôi có thể phải tự trả tiền cho các dịch vụ tôi nhận được.
- Tôi hiểu rằng nếu một đại diện bán hàng, người môi giới, hoặc cá nhân khác được thuê 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 cho 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, thanh toán, và việc điều hành sự chăm sóc y tế.
- Tôi hiểu rằng các loại thuốc theo toa được đài thọ, nhưng không phải lúc nào cũng là cùng một loại với thuốc tôi đang sử dụng rồi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được các loại thuốc hiện dùng của tôi ít nhất 30 ngày, cho đến khi tôi có thể chuyển qua một loại thuốc khác, cũng như tôi sẽ có thể đến khám với các nhà cung cấp hiện thời của tôi trong 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 một khi tôi gia nhập 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 đài thọ 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 đồng nghĩa với việc 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 tài liệu 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 những thông tin sau, ký tên và ghi rõ ngày tháng bên dưới:	
Tên (vui lòng viết hoa):	
Chữ ký:	
Ngày:	
Địa chỉ:	
Số điện thoại:	
Quan hệ với người tham gia Medicare và Medicaid:	

Để tìm hiểu thêm thông tin, xin truy cập www.caloptima.org. **Nếu quý vị có thắc mắc**, xin gọi OneCare Connect theo số **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí.

Quý vị có thể lấy thông tin này miễn phí đối với các ngôn ngữ cũng như các định dạng khác như bảng in chữ lớn, chữ nổi braille và băng thu âm.

Office Use Only

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

Chương trình OneCare Connect Cal MediConnect (Chương trình Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal nhằm 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. Nếu quý vị có thắc mắc, xin gọi đường dây miễn phí của OneCare Connect theo 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**).

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

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.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).