

Giấy Xác nhận Phạm vi Thảo luận trong Cuộc hẹn Tiếp thị

Centers for Medicare and Medicaid Services (Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid) yêu cầu các đại lý bảo hiểm luôn phải lập văn bản về phạm vi tiếp thị trước khi trực tiếp gặp khách hàng hoặc qua điện thoại để bán hàng nhằm bảo đảm có sự hiểu biết về những gì sẽ được bàn thảo giữa đại lý và ứng viên Medicare (hoặc đại diện được ủy quyền của họ). Tất cả mọi thông tin cung cấp trên giấy này đều là thông tin mật mà mỗi người có Medicare hay đại diện được ủy quyền của họ đều phải điền.

Vui lòng ký tắt vào bên dưới ô cạnh loại chương trình quý vị muốn đại lý thảo luận với mình.

	Chương trình Medicare Advantage (Phần C)
<p>Medicare Health Maintenance Organization (HMO) (Tổ chức Duy trì Sức khỏe Medicare) — là Chương trình Medicare Advantage cung cấp tất cả các bảo hiểm y tế Phần A và Phần B của Original Medicare và đôi khi cả bảo hiểm thuốc theo toa Phần D. Trong hầu hết mọi HMO, quý vị chỉ được nhận dịch vụ chăm sóc của các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng của chương trình (trừ trường hợp cấp cứu).</p>	
<p>Medicare Special Needs Plan - SNP (Chương trình Chăm sóc Người có Nhu cầu Đặc biệt của Medicare) — là Chương trình Medicare Advantage có gói quyền lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về những nhóm người cụ thể được phục vụ gồm có người có cả Medicare và Medicaid, người sống tại các nhà điều dưỡng, và người có những bệnh mãn tính nào đó.</p>	

Bằng việc ký giấy này, quý vị đồng ý gặp đại lý bảo hiểm để nói chuyện về những loại sản phẩm mà quý vị đã ghi tắt tên họ ở trên. Xin lưu ý, người sẽ nói chuyện về sản phẩm là người được chương trình Medicare tuyển dụng hoặc hợp đồng. Họ không làm việc trực tiếp với Chính quyền Liên bang. Người này cũng có thể được trả tiền do việc quý vị đăng ký vào chương trình.

Việc ký giấy này KHÔNG khiến quý vị có nghĩa vụ phải ghi danh một chương trình, ảnh hưởng đến việc ghi danh hiện tại của quý vị, hoặc ghi danh quý vị vào một chương trình Medicare.

Chữ ký của Ứng viên: _____ Ngày: _____

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau đây:

Tên Người Đại diện được Ủy quyền: _____

Mối quan hệ của Quý vị với Ứng viên: _____

To be completed by Agent:

Agent Name:	Agent Phone:
Candidate Name:	Candidate Phone:
Candidate Address: (optional)	
Initial Method of Contact: (Indicate here if candidate was a walk-in)	
Agent Signature:	Date Appt. Completed:

Danh sách Kiểm tra Trước Ghi danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị hiểu đầy đủ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-866-255-4795, TTY 711.

Tìm hiểu các Quyền lợi

- Xem xét toàn bộ danh sách quyền lợi trong Chứng từ Bảo hiểm (EOC), đặc biệt cho các dịch vụ quý vị thường xuyên khám bác sĩ. Truy cập www.bndhmo.com/members/plan-details hoặc gọi tới 1-866-255-4795, TTY 711 để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị khám hiện có trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem xét danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc theo toa nào trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có trong danh sách, quý vị sẽ có khả năng phải chọn một nhà thuốc mới cho thuốc theo toa của quý vị.

Hiểu rõ các Quy tắc Quan trọng

- Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. Phí bảo hiểm này thường được trừ từ séc An sinh Xã hội hàng tháng.
- Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2021.
- Ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp hoặc cấp cứu, chúng tôi không bảo hiểm các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).
- Chương trình này là chương trình nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (DSNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị được hưởng cả Medicare và trợ giúp y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid.

MẪU GHI DANH ĐĂNG KÝ CÁ NHÂN VÀO CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

1. Ai có thể sử dụng mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia vào Chương trình Medicare Advantage.

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc có mặt hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực mà chương trình cung cấp dịch vụ.

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện).
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế).

2. Khi nào thì tôi phải sử dụng mẫu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- 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 khi có Medicare lần đầu tiên.
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

Hãy truy cập vào Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình.

3. Tôi cần điền thông tin nào vào mẫu này?

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

Lưu ý: Quý vị phải điền tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không bị từ chối bảo hiểm vì không điền những mục này.

4. Lưu ý:

- Nếu muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở vào Mùa Thu (15 tháng 10 đến 7 tháng 12), thì quý vị phải gửi biểu mẫu đã điền đến chương trình trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa) hàng tháng của quý vị.

5. Tiếp theo đó, tôi cần làm gì?

Gửi mẫu hoàn chỉnh và đã ký của quý vị đến:

Brand New Day

ATTN: Enrollment Department

PO Box 93122

Long Beach, CA 90809

Sau khi xử lý yêu cầu xin tham gia, họ sẽ liên lạc với quý vị.

6. Làm cách nào để được trợ giúp về mẫu đơn này?

Gọi cho Brand New Day theo số 1-866-255-4795.

Người dùng TTY có thể gọi 711. Bộ phận Dịch vụ Hội viên làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu 8 giờ sáng – 8 giờ tối và 7 ngày mỗi tuần từ 8 giờ sáng – 8 giờ tối từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3.

Hoặc gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.

Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

En español: Llame a Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 (o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, 24 horas al día/7 días a la semana) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Brand New Day está disponible de lunes a viernes de 8 am – 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am – 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)**Ngày Hiệu lực Bảo hiểm Đề xuất:****Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:****Brand New Day Classic Care I Plan
(HMO) 25**

- Quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,
San Bernardino và San Diego
\$0 mỗi tháng

**Brand New Day Classic Care II Plan
(HMO) 37**

- Quận Fresno, Imperial, Kern, Kings,
Los Angeles, Madera, Orange, Riverside,
Sacramento, San Bernardino, San Diego,
San Francisco, San Joaquin, San Mateo,
Santa Clara và Tulare
\$0 mỗi tháng

**Brand New Day Embrace Care Plan
(HMO CSNP) 39-1**

- Quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,
San Bernardino và San Diego
\$0 mỗi tháng

**Brand New Day Embrace Care Plan
(HMO CSNP) 39-2**

- Quận Fresno, Imperial, Kings, Madera,
Sacramento, San Francisco, San Joaquin,
San Mateo, Santa Clara và Tulare
\$0 mỗi tháng

**Brand New Day Dual Access Plan
(HMO DSNP) 24**

- Quận Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera,
Sacramento, San Francisco, San Joaquin,
và Tulare
\$31.50 mỗi tháng

**Brand New Day Classic Choice Plan
(HMO) 33**

- Quận Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los
Angeles, Madera, Orange, Riverside,
Sacramento, San Bernardino, San Diego,
San Francisco, San Joaquin, San Mateo,
Santa Clara và Tulare
\$31.50 mỗi tháng

**Brand New Day Embrace Choice Plan
(HMO CSNP) 40-1**

- Quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,
San Bernardino và San Diego
\$31.50 mỗi tháng

**Brand New Day Embrace Choice Plan
(HMO CSNP) 40-2**

- Quận Fresno, Imperial, Kings, Madera,
Sacramento, San Francisco, San Joaquin,
San Mateo, Santa Clara và Tulare
\$31.50 mỗi tháng

Thông tin Về Quý vị

Họ Tên Tên đệm (Tùy chọn)

Ngày Sinh (NN/TT/NNNN) / / Giới tính Nam Nữ Số Điện thoại:

Số Điện thoại Khác - Di động
Đánh dấu chọn vào ô này để cho phép Brand New Day gửi thông tin về chương trình của quý vị đến điện thoại di động của quý vị.

Địa chỉ Đường Nơi Thường trú (Không nhập PO Box) Quận (Tùy chọn)

Thành phố Tiểu bang Mã Zip
CA

Địa chỉ Gửi thư nếu khác với Địa chỉ Thường trú của quý vị (Được nhập PO Box)

Địa chỉ Đường Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Tên người Liên lạc trong Trường hợp Khẩn cấp (Tùy chọn) Mối quan hệ Với Quý vị Số Điện thoại

Địa chỉ Email (Tùy chọn)
Đánh dấu chọn vào ô này để cho phép Brand New Day liên lạc với quý vị để thông báo về các quyền lợi của quý vị và thông tin sức khỏe qua email.

Thông tin Medicare của Quý vị

Vui lòng sử dụng thông tin trên thẻ Medicare xanh, trắng và đỏ để điền phần này.

- Điền thông tin này theo đúng với thông tin xuất hiện trên thẻ Medicare của quý vị.
-HOẶC-
- Đính kèm bản sao thẻ Medicare của quý vị hoặc thư gửi từ Sở An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa.

Tên (theo tên được in trên thẻ Medicare của quý vị):

Số Medicare _____

CÓ QUYỀN NHẬN DỊCH VỤ: 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 Advantage.

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1) Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Brand New Day không? Có Không

Tên Của loại Bảo hiểm Khác

Số ID Cho loại Bảo hiểm Đây

Mã nhóm Cho Bảo hiểm Đây

2) Quý vị có phải là bệnh nhân nội trú trong cơ sở chăm sóc dài hạn như nhà điều dưỡng không? Nếu "có", vui lòng cung cấp các thông tin sau: Có Không

Tên Cơ sở

Địa chỉ và Số Điện thoại của Cơ sở (số và tên đường)

3) Quý vị có được ghi danh vào chương trình Medicaid (Medi-Cal) của Tiểu bang không? Nếu có, vui lòng cung cấp số Chương trình Medicaid (Medi-Cal) của quý vị: Có Không

Công cụ Đánh giá Tình trạng Đủ điều kiện Trước khi Đăng ký

Nếu quý vị ghi danh vào một trong các Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) của chúng tôi, vui lòng hoàn thành Công cụ Đánh giá Tình trạng Đủ điều kiện Trước khi Đăng ký.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên ở bên dưới

- Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Brand New Day.
- Bằng cách tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Brand New Day sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác theo luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Bảo vệ Quyền riêng tư bên dưới).
- Việc quý vị trả lời trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không trả lời thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh đăng ký vào chương trình bảo hiểm này.
- Thông tin ghi trên đơn đăng ký này là chính xác theo mức độ hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trong mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng người có Medicare thường không được Medicare bảo hiểm trong khi ở nước ngoài trừ trường hợp được bảo hiểm có giới hạn khi ở gần biên giới Hoa Kỳ.
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Brand New Day của tôi bắt đầu có hiệu lực thì tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Brand New Day. Các quyền lợi và dịch vụ được Brand New Day cung cấp và có trong "Chứng từ Bảo hiểm" của Brand New Day của tôi (hay còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Brand New Day đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên ở bên dưới (tiếp theo)

- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu một đại diện được ủy quyền ký tên (như mô tả ở trên), thì chữ ký này xác nhận rằng:
 - Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành quy trình đăng ký này và
 - Tài liệu ủy quyền này sẽ sẵn sàng được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký của Người ghi danh

Hôm nay là Ngày

--	--

Nếu là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau đây:

Tên

Địa chỉ

--

--

Số Điện thoại

Mối quan hệ Với Người ghi danh

--

--

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này đều là tùy chọn

Trả lời những câu hỏi này là lựa chọn của quý vị. Quý vị không bị từ chối bảo hiểm bởi vì không điền các trường này.

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

Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Phồn thể Tiếng Hàn Tiếng Việt

Chọn một định dạng nếu muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng có thể truy cập được.

CD Âm thanh Lãng Tai Ngôn ngữ Ký hiệu Bản in chữ Lớn

Vui lòng liên lạc với Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc ngôn ngữ khác ngoài danh sách liệt kê trên. Giờ làm việc tại văn phòng của chúng tôi là Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối và 7 ngày mỗi tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3.

Quý vị có đi làm không? Có Không

Vợ/chồng của quý vị có đi làm không? Có Không

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này đều là tùy chọn (tiếp theo)

Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), Nhóm Y tế hoặc IPA và Nha sĩ ký Hợp đồng của quý vị:

Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế: Mã Nhà cung cấp PCP

Quý vị có đang là bệnh nhân của bác sĩ này không?

Có

Không

Vui lòng Chọn Tên Của Nhóm Y tế Hoặc IPA

Mã Nhóm Y tế/IPA

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của nhóm y tế/IPA này không?

Có

Không

Nha sĩ ký Hợp đồng (Sẽ Chỉ định Một Nha sĩ Nếu Để Trống)

Mã Cơ sở Nha khoa

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của Nha sĩ này không?

Có

Không

Tôi muốn nhận các tài liệu sau đây qua email. Chọn một hoặc nhiều.

ANOC

EOC

Danh sách Thuốc

Danh bạ Nhà cung cấp

Danh bạ Tiệm thuốc tây

Tài liệu Giáo dục Sức khỏe

Địa chỉ Email:

Chọn Không Nhận Tài liệu Điện tử:

Đánh dấu vào ô này để CHỌN KHÔNG NHẬN thư từ điện tử. Chúng tôi sẽ KHÔNG liên lạc với quý vị qua email.

Đóng Phí bảo hiểm Chương trình của Quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm tiền phạt ghi danh muộn mà quý vị đang hoặc có thể nợ) qua thư, "Chuyển Tiền Điện tử (EFT)" hoặc "thẻ tín dụng" mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn cách đóng phí bảo hiểm bằng cách yêu cầu tự động trừ tiền trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB) của quý vị vào mỗi tháng.**

Nếu phải trả Khoản Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trừ từ trợ cấp An sinh Xã hội hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn của Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán cho Brand New Day Phần D-IRMAA.

Tự động trừ tiền séc trợ cấp An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB) hàng tháng của quý vị. **Tôi nhận trợ cấp hàng tháng từ:** Sở An sinh Xã hội RRB

(Việc trừ tiền trợ cấp An sinh Xã hội/RRB có thể sẽ phải mất từ hai tháng trở lên mới bắt đầu tiến hành được sau khi Sở An sinh Xã hội hoặc RRB chấp thuận khoản khấu trừ này. Trong hầu hết mọi trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB chấp nhận yêu cầu tự động trừ tiền của quý vị, khoản tiền khấu trừ đầu tiên từ séc trợ cấp của Sở An sinh Xã hội hoặc RRB sẽ bao gồm tất cả những khoản phí bảo hiểm đã đến hạn tính từ ngày mà đăng ký của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm việc trừ tiền này bắt đầu được thực hiện. Nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu tự động trừ tiền của quý vị, chúng tôi sẽ xuất cho quý vị một hóa đơn bằng giấy cho các khoản phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị).

Nếu không chọn một phương thức thanh toán, quý vị sẽ được nhận một hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn một tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm:

Nhận hóa đơn hàng tháng

Chuyển khoản điện tử (EFT) từ tài khoản ngân hàng của quý vị vào mỗi tháng.

Vui lòng đính kèm một séc VÔ HIỆU LỰC hoặc cung cấp thông tin sau đây:

Tên Tài khoản: _____

Tên Ngân Hàng: _____

Số Định tuyến Ngân hàng: _____

Số Tài khoản Ngân hàng: _____

Loại Tài khoản: Tiết kiệm Séc

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi quá trình đăng ký của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán cho 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 đăng ký từ người thụ hưởng Medicare theo quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (System of Records Notice/SORN) "Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug/MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Việc quý vị trả lời trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không trả lời thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh đăng ký vào chương trình bảo hiểm này.

Brand New Day Office Use Only

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

Plan ID#:

Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP AEP SEP(type) Not Eligible LIS OEP

Date of Receipt:

Date Entered:

Date E4 Letter Sent:

Date E6 Letter Sent:

Initials of Verification:

Group #:

Part D Premium:

Notes:

Sales Agent Information

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

Name Of Staff/Agent/Broker (Print Name)

Agent Signature

Date

Relationship To Enrollee

Date Application Was Received

Agent Phone Number

Agent License Number

FMO

Please fax application with Scope of Appointment, Pre-Enrollment Qualification Assessment Tool, Continuity of Care form, and any other required documents to Brand New Day's Enrollment Department fax number at 1-657-400-1207.

Application receipt location:

Appointment Sales event Walk-in Mail

Other:

Xác nhận đủ Điều kiện hưởng Một Giai đoạn Ghi danh

Thông thường, quý vị chỉ được ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm mà thôi. Có những trường hợp ngoại lệ cho phép quý vị được ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Xin đọc cẩn thận những câu sau đây rồi đánh dấu vào ô nếu câu đó phù hợp với quý vị. Bằng việc chọn bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo mức độ hiểu biết nhất của quý vị, quý vị đủ điều kiện để được hưởng một Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau này chúng tôi biết được rằng thông tin đó không chính xác, quý vị có thể sẽ bị hủy ghi danh.

Tôi là hội viên mới của Medicare.

Tôi ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Khoảng thời gian Ghi danh Mở rộng Medicare Advantage (MA OEP).

Tôi có chẩn đoán là tôi đủ điều kiện tham gia Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (CSNP, DSNP hoặc ISNP).

Tôi được đăng ký vào một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn đủ điều kiện để được hưởng chương trình nhu cầu đặc biệt mà chương trình đó đòi hỏi nữa. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào ngày (chèn ngày) _____.

Gần đây, tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của tôi hoặc gần đây tôi đã chuyển đi và chương trình này là một lựa chọn mới của tôi. Tôi đã chuyển đi vào (chèn ngày) _____.

Gần đây tôi đã có sự thay đổi Medi-Cal (mới nhận được Medi-Cal, đã có thay đổi mức độ hỗ trợ Medi-Cal, hoặc Trợ cấp Đặc biệt/Trợ cấp Thu nhập Thấp, hoặc bị mất Medi-Cal) vào (ghi ngày) _____.

Tôi có cả Medicare và Medi-Cal (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận Trợ cấp Đặc biệt thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của tôi, nhưng chưa có thay đổi.

Tôi chuyển vào, sống ở, hoặc gần đây đã dọn ra khỏi cơ sở chăm sóc dài hạn (ví dụ như nhà dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đi/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào (ghi ngày) _____.

Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE (ghi ngày) _____.

Gần đây, tôi đã vô tình để mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy (bảo hiểm tốt ngang với bảo hiểm của Medicare) của tôi. Tôi đã làm mất bảo hiểm thuốc của mình vào (ghi ngày) _____.

Xác nhận đủ Điều kiện hưởng Một Giai đoạn Ghi danh tiếp theo

- Tôi chuẩn bị hết bảo hiểm của nhà tuyển dụng hoặc nghiệp đoàn vào (chèn ngày) _____.
- Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng của họ với Medicare, hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng của họ với chương trình của tôi.
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa lớn liên quan đến thời tiết (như tuyên bố của Cơ quan Quản lý Trường hợp khẩn cấp Liên bang (FEMA)). Một trong những câu ở đây áp dụng với tôi, nhưng tôi đã không thể thực hiện ghi danh của tôi vì thảm họa thiên nhiên.**
- Khác: _____

Nếu không có câu nào phù hợp với quý vị hoặc quý vị không biết chắc, vui lòng liên lạc với Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711 để xem liệu quý vị có đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi mở cửa từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối và 7 ngày mỗi tuần từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3.

Mẫu Chăm sóc Liên tục Sau khi Ghi danh

Sau khi quý vị hoàn thành Gói Ghi danh, vui lòng hoàn thành thông tin sau đây và gửi fax đến 1-657-400-1207.

Tên Hội viên: _____ Điện thoại: _____ Ngày: _____

Câu hỏi Sau Ghi danh

1. Quý vị có đang sử dụng thiết bị y tế lâu bền hay các dụng cụ y tế không? Có Không

1a. Nếu "Có"

Vui lòng chỉ rõ dụng cụ nào dưới đây:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ghế lăn | <input type="checkbox"/> Oxy |
| <input type="checkbox"/> Cây gậy | <input type="checkbox"/> Nệm hơi |
| <input type="checkbox"/> Ống thông | <input type="checkbox"/> Bệ Vệ sinh |
| <input type="checkbox"/> Ghế dùng để Tiểu tiện | <input type="checkbox"/> Khung tập đi |
| <input type="checkbox"/> Máy CPAP | <input type="checkbox"/> Xe lăn |
| /Ngưng thở lúc Ngủ | |
| <input type="checkbox"/> Bim | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Giường bệnh | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

1b. Nếu "Có"

Ai đang phục vụ thiết bị hoặc dụng cụ y tế?

Tên: _____
Điện thoại: _____
Địa chỉ: _____

2. Quý vị có đang được chuyên gia y tế chăm sóc tích cực không hoặc quý vị có thăm khám bác sĩ đặc biệt để điều trị ung thư, tình trạng bệnh tim, bệnh tiểu đường, hoặc tình trạng y tế khác hay không?

Có Không (Nếu Có, ai?)
Tên: _____
Điện thoại: _____
Địa chỉ: _____

3. Quý vị có đang nhận dịch vụ sức khỏe tại nhà hay không?

Có Không (Nếu Có, ai?)
Công ty: _____
Điện thoại: _____
Địa chỉ: _____

4. Quý vị có đang được vận chuyển đến và đi từ các cuộc hẹn khám hay không?

Có Không Nếu không, Brand New Day sẽ cung cấp dịch vụ vận chuyển. Gọi 1-866-255-4795.

Thông tin liên hệ bổ sung: người chăm sóc, (những) người hỗ trợ hoặc người thân

Tên: _____ Điện thoại: _____ Mối quan hệ: _____

Tên: _____ Điện thoại: _____ Mối quan hệ: _____

Công cụ Đánh giá Đủ điều kiện Trước Ghi danh cho Bệnh Tim mạch & Tiểu đường (HMO CSNP)

Mẫu này phải được gửi với đơn ghi danh cho Brand New Day Embrace Care Plan (HMO CSNP) 39 & Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO CSNP) 40.

Tên:	Tên đệm:	Họ:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	NS:	

Các Câu hỏi về Tính đủ điều kiện xét theo Tính Lâm sàng

Nếu chọn bất kỳ điều nào sau đây, tính đủ điều kiện trước của ứng viên.

Bác sĩ đã từng thông báo với quý vị rằng quý vị bị bất kỳ bệnh nào sau đây chưa?

(Đánh dấu vào tất cả các câu áp dụng)

- Bệnh tim mạch
- Bệnh tiểu đường
- Suy tim (bất kỳ loại nào)
- Cao huyết áp/Huyết áp cao (Giai đoạn A CHF)
- Bệnh tim do Cao huyết áp kèm Bệnh thận Mãn tính
- Tiền sử Đột quỵ

Câu hỏi về Dược phẩm

1. Hiện tại hay quý vị đã từng dùng dược phẩm cho bệnh được liệt kê ở trên chưa? Có Không

2. Quý vị đã từng được tiêm Insulin chưa? Có Không

3. Quý vị đã từng dùng Metformin chưa? Có Không

4. Quý vị hiện đang dùng dược phẩm nào? _____

Bác sĩ chính: _____

Tên Bác sĩ

Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ

Bác sĩ chuyên khoa: _____

Tên Bác sĩ chuyên khoa

Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ

Chữ ký của Ứng viên: _____	Ngày: _____
----------------------------	-------------