

**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 thông tin được cung cấp trong mẫu này là bảo mật và phải do từng người với Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của người đó điền vào.

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

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | 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 ghi danh 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:<br>(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 [bndhmo.com/members/plan-details](http://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 khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2022.
- 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 một chương trình nhu cầu đặc biệt về tình trạng mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh rằng quý vị có tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc tình trạng mạn tính khuyết tật.

## MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN ĐỂ YÊU CẦU Ở CHƯƠNG TRÌNH MEDICARE ADVANTAGE (PHẦN C)

### Ai có thể sử dụng mẫu này?

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

#### **Để tham gia chương trình, quý vị phải:**

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình.

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

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

### Khi nào tôi sử dụng mẫu này?

#### **Quý vị có thể tham gia một chương trình:**

- Từ ngày 15 tháng 10–ngày 7 tháng 12 hằng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực 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 quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

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

### Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (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 hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.

### Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh vào mùa thu (ngày 15 tháng 10–ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được mẫu hoàn chỉnh của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn cho phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh Xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt) hằng tháng của quý vị.

### Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?

Gửi mẫu đơn đã điền và ký của quý vị đến:

Brand New Day  
ATTN: Enrollment Department  
PO Box 93122  
Long Beach, CA 90809

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

### Làm cách nào để nhận trợ giúp với mẫu này?

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

Người dùng TTY có thể gọi 711. Bộ phận Dịch vụ Hội viên túc trực 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 – ngày 31 tháng 3.

Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 giờ mỗi ngày/7 ngày mỗi 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 Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Stanislaus, Tulare, và Yolo  
**\$0 mỗi tháng**

#### Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) 46

- Quận Contra Costa, Santa Cruz, và Solano  
**\$60 mỗi tháng**

#### Brand New Day Part B Savings Plan (HMO) 49

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

#### Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) 24

- Quận Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare, và Yolo  
**\$0 mỗi tháng:** Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn nếu quý vị không nhận được Trợ cấp Đặc biệt

#### 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  
**\$0 mỗi tháng**

## 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 Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-1

Quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,  
San Bernardino, và San Diego

**\$0 mỗi tháng**

#### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-2

Quận Alameda, Fresno, Imperial, Kings,  
Madera, Placer, Sacramento, San Francisco,  
San Joaquin, San Mateo, Santa Clara,  
Stanislaus, Tulare, và Yolo

**\$0 mỗi tháng**

#### Brand New Day Embrace Care (HMO C-SNP) 47

Quận Contra Costa, Santa Cruz, và Solano

**\$55 mỗi tháng**

#### Brand New Day Valor Care Plan (HMO) 48

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 Choice Plan (HMO C-SNP) 40-1

Quận Kern, Los Angeles, Orange, Riverside,  
San Bernardino, và San Diego

**\$0 mỗi tháng:** Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn nếu quý vị không nhận được Trợ cấp Đặc biệt

#### Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40-2

Quận Alameda, Contra Costa, Fresno,  
Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento,  
San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa  
Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare,  
và Yolo

**\$0 mỗi tháng:** Phí bảo hiểm của quý vị có thể cao hơn nếu quý vị không nhận được Trợ cấp Đặc biệt

## Thông tin về Quý vị

Tên  Họ  Tên đệm (Tùy chọn)

Ngày sinh (DD/MM/YYYY)  /  /  Giới tính  Nam  Nữ Số điện thoại:

**Số Điện thoại Khác - Di động**  
Đánh dấu chọn để ủy quyền cho Brand New Day nhắn tin cho quý vị đến điện thoại di động của quý vị.

Địa chỉ Đường phố Nơi Thường trú (Đừng nhập Hòm thư)  Quốc gia (Tùy chọn)

Thành phố  Tiểu bang  Mã Bưu chính

Địa chỉ Gửi thư, nếu khác Địa chỉ Thường trú của quý vị (Cho phép Hộp thư)

Địa chỉ Đường phố  Thành phố  Tiểu bang  Mã Bưu chính

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 để ủy quyền cho Brand New Day liên lạc với quý vị về các quyền lợi của quý vị và thông tin sức khỏe qua email.

## Thông tin về Medicare của quý vị

Vui lòng sử dụng thẻ Medicare xanh, trắng và đỏ để hoàn thành phần này.

- Điền thông tin này của chúng tôi khi nó 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 (như được in trên thẻ Medicare):  
\_\_\_\_\_

Số Medicare \_\_\_\_\_

**ĐƯỢC PHÉP CHO** **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 sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Brand New Day chứ?

Có

Không

**Tên của Bảo hiểm Khác**

**Số ID cho Bảo hiểm Đây**

**Mã nhóm cho Bảo hiểm Đây**

2) Quý vị có phải là người cư trú tại một cơ sở chăm sóc lâu dài, như nhà điều dưỡng chẳng hạn không? Nếu "có", vui lòng cung cấp các thông tin sau đây:

Có

Không

**Tên Cơ sở**

**Địa chỉ & 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?

Có

Không

Nếu có, vui lòng cung cấp số Chương trình Medicaid (Medi-Cal) của quý vị:

## Công cụ Đánh giá Tính Đủ điều kiện Trước 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 Tính Đủ điều kiện Trước Đăng ký.

## QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký vào 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, người có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để 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 Bảo mật bên dưới).
- Phản hồi của quý vị cho mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Thông tin ghi trên đơn ghi danh này là chính xác theo mức độ hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào 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 chương trình bảo hiểm Brand New Day của tôi bắt đầu, 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 do Brand New Day ủy quyền và các dịch vụ khác có trong tài liệu "Chứng từ Bảo hiểm" Brand New Day của tôi (cũng được biết đến là hợp đồng của hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và Brand New Day đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.

## QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký vào bên dưới (tiếp)

- 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 có chữ ký của một người đại diện được ủy quyền (như đã mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
  - Người này được ủy quyền theo luật pháp Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh và
  - Tài liệu ủy quyền này sẽ sẵn sàng được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

**Chữ ký Người ghi danh**

**Hôm nay là 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**

**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 các câu hỏi này sẽ tùy quý vị lựa chọn. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.

**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 Phổ thông

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.**

Chữ nổi Braille

Bản in chữ lớn

Đĩa CD âm thanh

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 - ngày 31 tháng 3.

**Quý vị có đi làm không?**

Có

Không

**Vợ/chồng quý vị có đi làm không?**

Có

Không



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

**Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), Nhóm Y tế hoặc IPA, và Nha sĩ Ký Hợ đồng:**

**Liệt kê Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị**

**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?**

Có

Không

**Nha sĩ Ký Hợ 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?**

Có

Không

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

ANOC

EOC

Danh mục Thuốc

Danh mục Nhà cung cấp

Danh bạ Nhà thuốc

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 tự động trừ tiền từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành hỏa xa (Railroad Retirement Board - RRB) vào mỗi tháng.**

**Nếu quý vị phải trả Số tiền 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 trích từ quyền lợi An sinh Xã hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán cho Brand New Day Phần D-IRMAA.

Tự động trừ tiền séc trợ cấp hàng tháng của Cơ quan An sinh Xã hội hoặc Ban Hưu trí Đường sắt (RRB).  
**Tôi nhận trợ cấp hàng tháng từ:**  An sinh Xã hội  RRB

(Việc trừ tiền 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 việc đăng ký của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm việc trừ tiền này bắt đầu được thực hiện. Nếu Cơ quan 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 quý vị không chọn lựa thanh toán, quý vị sẽ nhận được hóa đơn mỗi 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 hàng 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 MẬT

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh các chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 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 quý vị cho mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

**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 NPN**

**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:

GAP - GIÜ - XE

GAP - GIÜ - XE

## 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.

Vui lòng đọc kỹ 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 (C-SNP, D-SNP hoặc I-SNP).**
- 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 rút tên khỏi SNP vào (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 (chèn 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 (chèn ngày) \_\_\_\_\_.
- Gần đây tôi đã bỏ một chương trình PACE vào (chèn 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 (chèn ngày) \_\_\_\_\_.

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

Tôi đã để lại bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn của mình 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 chắc chắn, vui lòng liên hệ với Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711 để xem quý vị có đủ điều kiện để ghi danh hay không. Chúng tôi mở cửa Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng - 8 giờ tối và 7 ngày mỗi tuần từ ngày 1 tháng 10 - ngày 31 tháng 3.

GẤP - GIỮ - XÉ

GẤP - GIỮ - XÉ

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

Mẫu này phải được gửi với đơn ghi danh cho Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39, Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40, & Embrace Care (HMO C-SNP) 47.

|   |          |     |
|---|----------|-----|
| 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: \_\_\_\_\_

**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"/> Bím                   | <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?\*

\* Không phải tất cả các chương trình đều cung cấp bảo hiểm vận chuyển.

Có  Không Nếu không, vui lòng gọi Bộ phận Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711

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: \_\_\_\_\_