

BRAND NEW DAY
ATTN: REWARDS PLUS PROGRAM
PO BOX 93122
LONG BEACH, CA 90809-9871

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

重要計劃信息

<MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>

<MEM_ADDR1>

<MEM_ADDR2>

<MEM_CITY>, <MEM_STATE> <MEM_ZIP>

<PROCESS_DATE>

第 2 次嘗試

尊敬的 <MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>，

Medicare 要求所有 Medicare 健康計劃每年收集會員的醫療資訊。隨信附上一份健康風險評估 (HRA) 問卷。HRA 會問您許多有關您健康的問題。您將該 HRA 寄回給 Brand New Day，它可以幫助我們評估您的健康，瞭解您當前的健康狀況。我們這樣做，是為了更好地滿足您的總體醫療保健需求。

將填寫完畢的 HRA 郵寄給我們，就可在 Rewards Plus Card 中獲得 \$10。HRA 每年填寫一次。請盡早使用隨附的郵資已付信封，將您的 HRA 寄給我們。

如果您需要協助來填寫此表單，我們樂意幫助您。請致電 Brand New Day 會員服務部，電話：1-866-255-4795，TTY 711，時間為 4 月 1 日至 9 月 30 日週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，10 月 1 日至 3 月 31 日一週 7 天上午 8 點至晚上 8 點。

敬祝健康，

Brand New Day

附件：

1. 健康風險評估 (HRA) 調查
2. 郵資已付信封

健康風險評估 (HRA)

注意:如果您已經填妥並向我們遞交此表單,則您不需要再次填寫。

親愛的會員,

回答下面的問題可以幫助我們找到幫助您持續感覺良好和改善健康的方法。請儘可能多地回答問題,請將此表格裝入預付費信封中寄回。將填寫完畢的 HRA 郵寄給我們,就可在 Rewards Plus Card 中獲得 \$10!

MBI#	會員 ID 號碼	生效日期	住家電話號碼	計劃
<HEALTH_ID>	<MEM_ID>	<EFF_DT>	<PHONE>	<MEDICARE_PBP>
名	姓	出生日期	性別	
<MEM_FIRST_NAME>	<MEM_LAST_NAME>	<DOB>	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
地址	市	州	郵遞區號	
<ADDR1>	<CITY>	<STATE>	<ZIP>	
手機號碼	電郵地址:			

我授權 Brand New Day 向我發送有關計劃的資訊

我的首選通訊方式是哪種? 手機 電郵

主治醫生

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)

SIGNATURE

DATE

RELATIONSHIP TO ENROLLEE

DATE

AGENT PHONE NUMBER

AGENT LICENSE NUMBER

FMO

第 A 部分: 醫療

A1: 總體而言, 您如何評價自己的健康狀況? 非常好 很好 良好 一般 較差

A2: 在過去 12 個月內, 您是否曾住過院?

否 1-2 次 3-5 次 >6 個月

A3: 您每週運動幾次? >5 天 4-3 天 2-1 天 很少 從不

A4: 您的身高是多少? _____ A5: 您的體重是多少? _____ lbs

A6: 在過去的六個月中, 我在沒有預期的情況下減輕或增重了 10 磅? 是 否

A7: 您今年是否注射了流感疫苗? 是 否

A8: 您是否接種了肺炎疫苗? 是 否

如果是, 什麼時間 _____

A9: 您是否進行了結腸鏡檢查? 是 否

檢查時間: _____

地點: _____

A10: 您目前是否正在使用居家健康服務? 是 否

A11: 您在過去一個月是否跌倒過? 是 否

A12: 是否有醫師告訴您有下列問題:

癌症 失智症 糖尿病/高血糖 心理健康問題

A13: 您的父母或兄弟姐妹是否患有糖尿病? 是 否

A14: 您平均每天抽多少隻煙? _____

A15: 您吸煙已有多少年了? _____

A16: 您目前是否正在使用耐用醫療設備或醫療器械? 是 否

A17: 如果 A16 回答為「是」, 請在下方註明是哪種設備或醫療器械:

輪椅 步行器 手杖 便桶
 壓力床墊 醫院病床 馬桶座圈 尿布
 呼吸機/睡眠呼吸中止症 氧氣瓶 浴椅 導尿管

其他: _____

A18: 您對什麼藥物過敏? _____

A19: 您是否有時會忘記服藥? 是 否

A20: 您服用什麼藥物? _____

第 B 部分: 行為健康

B1 和 B2: 在過去兩週, 您有多經常被任何以下問題困擾?

B1: 沒興趣或不願意做事情:

完全沒有 超過半天 好幾天 幾乎每天

B2: 感覺情緒低落、抑鬱或絕望:

完全沒有 超過半天 好幾天 幾乎每天

B3: 您的家人/朋友是否擔憂您的記憶力?

是 否

B4: 您是否參加過匿名戒酒會或匿名戒毒會?

是 否

B5: 您目前是否恢復了飲酒或使用藥物?

是 否

酒精:



無 1 次或更多

B6: 男性: 您過去一年有多少次一天飲酒量達到或超過 5 杯?

B7: 女性: 您過去一年有多少次飲酒量達到或超過 4 杯?

消遣性藥物包括甲基苯丙胺 (中樞興奮藥, 晶體)、大麻 (大麻, 毒品)、吸入劑 (塗料稀釋劑、氣霧劑、膠水)、鎮定劑 (安定劑)、巴比妥酸鹽、可卡因、搖頭丸、迷幻劑 (LSD, 迷幻蘑菇) 或麻醉劑 (海洛因)。

無 1 次或更多

B8: 過去一年中, 您有多少次使用消遣性藥物或將處方藥用於非治療目的?

B9: 您是否經常感到缺乏同伴?

幾乎不 有時 經常

B10: 您是否經常感到自己被排斥?

幾乎不 有時 經常

B11: 您是否經常感到自己與他人隔絕?

幾乎不 有時 經常

C 部分: 日常起居活動

C1: 您是否: 打鼾 睡覺時停止呼吸 N/A

C2: 您是否因睏倦: 導致車禍 導致開車時差點出事故 N/A

C3: 在晚上, 您: 因喘氣或窒息驚醒
 經常醒來
 起床上洗手間
 N/A

C4: 在白天, 您: 無來由地感到困倦或「打瞌睡」
 早上頭痛?
 記憶力或注意力有問題嗎?
 N/A

C5: 您住在: 獨立的房屋、公寓、共管公寓或活動房屋 護理院
 輔助生活公寓或寄宿療養院 N/A

C6: 您與誰同住? _____

C7: 如果必要的話, 您的朋友、親戚或鄰居是否能夠照顧您幾天?

是 否 姓名: _____ 電話: _____

C8: 您的醫師約診是否有來回交通服務? 是 否

C9: 您是否有預立醫療指示? 是 否

C10: 您是否有 POLST- 維持生命治療醫囑? 是 否

第 D 部分:功能評估

D1:洗澡

可獨立洗澡或需要幫忙洗單個身體部位

 1

洗澡時多於一個身體部位需要幫助,進入或走出浴盆或沐浴室時需要幫助

 0

D2:穿衣

從衣櫥和抽屜中取出衣服,穿上衣服並扣上扣子;系鞋帶時需要幫助

 1

穿衣時需要幫助,或者是完全需要別人為自己穿衣

 0

D3:如廁

前往廁所、上下馬桶、整理衣服、清潔生殖部位,無需幫忙

 1

需要幫助來去廁所或自我清潔,或使用便盆或便桶。

 0

D4:移動

無需幫助即可上床/下床或坐下/起身(物理移動輔助可以接受)

 1

上下床、坐在椅子上或從椅子上站起需要幫助,或完全需要有人幫助移動。

 0

D5:自製力

練習對排尿或排便的完全自我控制

 1

部分或完全大小便失禁

 0

D6:餵養

無需幫助即可將食物從盤子遞入口中(食物可以由他人準備)

 1

進食時部分或完全需要幫助,或需要腸道外給養

 0

總分