

BRAND NEW DAY
ATTN: REWARDS PLUS PROGRAM
PO BOX 93122
LONG BEACH, CA 90809-3122

brand new day
HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

THÔNG TIN KẾ HOẠCH QUAN TRỌNG

<MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>
<MEM_ADDR1>
<MEM_ADDR2>
<MEM_CITY>, <MEM_STATE> <MEM_ZIP>

<PROCESS_DATE>

LẦN THỬ THỨ 3

Dear <MEM_FIRST_NAME> <MEM_LAST_NAME>,

Medicare yêu cầu tất cả các chương trình bảo hiểm y tế Medicare phải thu thập thông tin y tế từ hội viên của chúng tôi mỗi năm. Vui lòng tìm bảng hỏi Đánh giá Nguy cơ đối với Sức khỏe (HRA) đính kèm. HRA sẽ hỏi quý vị nhiều câu hỏi về sức khỏe của quý vị. Gửi lại HRA cho Brand New Day sẽ giúp chúng tôi đánh giá sức khỏe của quý vị và xem tình trạng sức khỏe như thế nào vào hôm nay. Chúng tôi làm điều này để chúng tôi có thể phục vụ tốt hơn quý vị về các nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của quý vị.

Nhận \$10 trong Thẻ Rewards Plus khi quý vị gửi HRA đã hoàn thành cho chúng tôi qua bưu điện! Hoàn thành HRA hàng năm. Vui lòng gửi HRA qua bưu điện bằng phong bì thư đã trả bưu phí đính kèm sớm nhất có thể.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoàn thành mẫu này, chúng tôi có thể giúp. Vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, 7 ngày/tuần từ 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ sáng tối.

Trân trọng,

Chương trình Brand New Day

Đính kèm:

1. Phiếu Khảo sát Đánh giá Nguy cơ đối với Sức khỏe (HRA)
2. Phong bì thư đã trả Bưu phí

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ SỨC KHỎE (HEALTH RISK ASSESSMENT – HRA)

CHÚ Ý: NẾU ĐÃ HOÀN THÀNH VÀ NỘP MẪU NÀY CHO CHÚNG TÔI, THÌ QUÝ VỊ KHÔNG CẦN PHẢI LÀM LẠI.

Kính gửi Quý Hội viên,

Trả lời các câu hỏi dưới đây giúp chúng tôi tìm cách giúp quý vị tiếp tục cảm thấy tốt và cải thiện sức khỏe của quý vị. Vui lòng trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt và trả lại mẫu này trong phong bì trả trước kèm theo. **Nhận \$10 trong Thẻ Rewards Plus khi quý vị gửi HRA đã hoàn thành cho chúng tôi qua bưu điện!**

MBI#	HỘI VIÊN ID#	NGÀY CÓ HIỆU LỰC	ĐIỆN THOẠI NHÀ	CHƯƠNG TRÌNH
<HEALTH_ID>	<MEM_ID>	<EFF_DT>	<PHONE>	<MEDICARE_PBP>
TÊN	HỌ	NGÀY SINH	GIỚI TÍNH	
<MEM_FIRST_NAME>	<MEM_LAST_NAME>	<DOB>	<input type="checkbox"/> NAM	<input type="checkbox"/> NỮ
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP	
<ADDR1>	<CITY>	<STATE>	<ZIP>	
SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG	ĐỊA CHỈ EMAIL			

Tôi ủy quyền cho Brand New Day gửi cho tôi thông tin về chương trình của tôi

Phương thức giao tiếp ưu tiên của quý vị là gì?

ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG **EMAIL**

BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH

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

PHẦN A: Y KHOA

A1: Về tổng thể, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào? Xuất sắc Rất tốt Tốt Khá Kém

A2: Trong 12 tháng qua, quý vị có nằm qua đêm tại bệnh viện với tư cách bệnh nhân hay không?

Không 1-2 lần 3-5 lần >6 tháng

A3: Quý vị thường xuyên tập thể dục mỗi tuần không? >5 ngày 4-3 ngày 2-1 ngày Hiếm khi Không bao giờ

A4: Quý vị cao bao nhiêu? A5: Cân nặng của quý vị là bao nhiêu? lbs

A6: Dù không muốn nhưng tôi đã giảm hoặc tăng 10 lbs trong vòng sáu tháng qua? Có Không

A7: Quý vị đã Tiêm phòng Cúm năm nay chưa? Có Không

A8: Quý vị đã chủng ngừa Viêm phổi chưa? Có Không

Nếu Có, khi nào

A9: Quý vị đã Nội soi đại tràng? Có Không

Khi nào:

Ở đâu:

A10: Quý vị có đang sử dụng dịch vụ y tế tại nhà không? Có Không

A11: Quý vị đã bị ngã trong tháng trước? Có Không

A12: Bác sỹ có nói với quý vị rằng quý vị bị:

Ung thư Sa sút trí tuệ Bệnh tiểu đường/Đường Huyết Cao Vấn đề về Sức khỏe Tâm thần

A13: Quý vị có mẹ, cha, anh/chị em mắc Bệnh tiểu đường hay không? Có Không

A14: Trung bình quý vị hút bao nhiêu điếu thuốc mỗi ngày?

A15: Quý vị đã hút thuốc bao nhiêu năm rồi?

A16: Quý vị có đang sử dụng Thiết bị Y tế Lâu bền hay các dụng cụ y tế không? Có Không

A17: Nếu có với A16, vui lòng chỉ định thiết bị hoặc dụng cụ y tế nào dưới đây:

Xe lăn Khung tập đi Cây gậy Ghế có lỗ
 Nệm Hơi Giường bệnh Ghế ngồi Vệ sinh Bim
 Máy CPAP/Ngưng thở lúc Ngủ Oxy Ghế Tắm Ống thông

Khác:

A18: Quý vị bị dị ứng thuốc gì?

A19: Thỉnh thoảng quý vị có quên uống thuốc không? Có Không

A20: Quý vị uống thuốc gì?

PHẦN B: SỨC KHỎE HÀNH VI

Đối với B1 & B2, trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề nào sau đây không?

B1: Ít quan tâm hoặc hứng thú khi làm điều gì đó:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B2: Cảm thấy buồn, chán nản hay vô vọng:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B3: Gia đình/bạn bè của quý vị có quan tâm đến trí nhớ của quý vị không?

Có Không

B4: Quý vị đã bao giờ tham dự một cuộc họp nhóm Nghiện rượu Ẩn danh hoặc Ma túy Ẩn danh chưa?

Có Không

B5: Quý vị hiện đang trong quá trình phục hồi vì sử dụng rượu hoặc chất kích thích?

Có Không

Rượu:

Một ly =



12 oz.
Bia



5 oz.
Rượu vang



1.5 oz. rượu mạnh (một ngụm)

B6: **Nam giới:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã uống từ 5 ly trở lên trong một ngày?

Không 1 trở lên

B7: **Phụ nữ:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã uống từ 4 ly trở lên?

Thuốc giải trí bao gồm methamphetamine (tốc độ, tinh thể), cần sa (cần sa, lọ), chất hít (chất pha loãng sơn, bình xịt, keo dán), thuốc an thần (Valium), thuốc an thần, cocaine, thuốc lắc, chất gây ảo giác (LSD, nấm), hoặc ma túy (heroin).

B8: Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã sử dụng thuốc giải trí hoặc sử dụng thuốc theo toa không vì lý do y tế?

Không 1 trở lên

B9: Quý vị có thường cảm thấy mình ít được quan tâm không?

Hầu như không bao giờ Tỉnh thoảng Thường xuyên

B10: Quý vị có thường cảm thấy mình bị bỏ rơi không?

Hầu như không bao giờ Tỉnh thoảng Thường xuyên

B11: Quý vị có thường cảm thấy bị cô lập với những người khác không?

Hầu như không bao giờ Tỉnh thoảng Thường xuyên

PHẦN C: SINH HOẠT HÀNG NGÀY

C1: Quý vị có: Ngáy Ngừng thở khi ngủ Không áp dụng

C2: Đã bao giờ sự buồn ngủ của quý vị từng: Gây tai nạn xe hơi Dẫn đến suýt gây tai nạn khi lái xe Không áp dụng

C3: Buổi tối, quý vị có:

- Thức dậy thờ hẩn hển hoặc nghẹt thở
 Thường xuyên thức dậy
 Thức dậy đi vệ sinh
 Không áp dụng

C4: Trong ngày, quý vị có:

- Cảm thấy buồn ngủ hay “ngủ gật” mà không biết lý do?
 Đau đầu vào buổi sáng?
 Khó nhớ hoặc khó tập trung?
 Không áp dụng

C5: Quý vị có sống tại:

- Ngôi nhà độc lập, căn hộ, chung cư, hoặc nhà di động Nhà điều dưỡng
 Căn hộ có sự chăm sóc hoặc viện dưỡng lão Không áp dụng

C6: Quý vị sống với ai?

C7: Có bạn bè, người thân, hoặc hàng xóm nào của quý vị sẽ chăm sóc cho quý vị trong vài ngày nếu cần thiết không?

Có Không TÊN: _____ ĐIỆN THOẠI: _____

C8: Quý vị có phương tiện đi từ và đến nơi hẹn của bác sĩ không?

Có Không

C9: Quý vị có Chỉ thị Trước không?

Có Không

C10: Quý vị có POLST- Lệnh Bác sĩ Điều trị Duy trì Mạng sống không?

Có Không

PHẦN D: ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG

D1: TẮM RỬA

- Tự tắm hoàn toàn hoặc cần trợ giúp khi tắm một phần cơ thể 1
- Cần giúp đỡ trong việc tắm rửa nhiều hơn một phần của cơ thể ra/vào bồn tắm 0

D2: MẶC QUẦN ÁO

- Lấy quần áo từ tủ quần áo, ngăn kéo và mặc quần áo có móc cài; có thể cần giúp buộc dây giày 1
- Cần giúp mặc quần áo cho bản thân hoặc cần được người khác mặc hộ hoàn toàn 0

D3: ĐI VỆ SINH

- Đi vào nhà vệ sinh, đứng lên và ngồi xuống, mặc quần áo, vệ sinh khu vực bộ phận sinh dục mà không cần trợ giúp 1
- Cần trợ giúp sang nhà vệ sinh, vệ sinh bản thân hoặc sử dụng xô hoặc ghế tiểu tiện 0

D4: DI CHUYỂN

- Lên và xuống giường hoặc ghế mà không cần trợ giúp (công cụ di chuyển cơ khí được chấp nhận) 1
- Cần giúp đỡ trong việc di chuyển từ giường này sang ghế khác hoặc cần di chuyển toàn bộ 0

D5: KIỂM SOÁT TIỂU TIỆN

- Thực hiện tự kiểm soát hoàn toàn tiểu tiện và đại tiện 1
- Một phần hoặc hoàn toàn không kiểm soát được tiểu tiện hoặc đại tiện 0

D6: CHO ĂN

- Lấy thức ăn từ đĩa đưa vào miệng mà không cần trợ giúp (Chuẩn bị đồ ăn có thể do người khác thực hiện) 1
- Cần trợ giúp một phần hoặc toàn bộ để cho ăn hoặc cần cho ăn qua đường tĩnh mạch 0

TỔNG ĐIỂM