

# Hướng Dẫn Nộp Đơn Ghi Danh và Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA) Bản Điện Tử

## Electronic Enrollment and Health Risk Assessment (HRA) Submission Methods

- Cổng thông tin môi giới - Clever Enroll
  - ✓ Bản điện tử phạm vi thảo luận (SOA)
  - ✓ Đơn ghi danh
  - ✓ Bản đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
- Cổng thông tin đại lý - Connecture
  - ✓ Đơn ghi danh điện tử
  - ✓ Bản đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
- Website của Clever Care
  - Bản điện tử DocuSign bằng nhiều ngôn ngữ
  - ✓ Mẫu đơn ghi danh
  - ✓ Bản đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)
- CMS Website
  - ✓ Medicare.gov



**Ghi chú pháp lý của chính phủ:** Clever Care Health Plan, Inc. là một HMO và HMO C-SNP có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh phụ thuộc vào sự gia hạn hợp đồng.

## Hệ Thống Clever Enroll

Nút HRA điện tử có thể dùng được sau khi đơn ghi danh được nộp **và** được đánh dấu là đã hoàn thành. Các bản Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA) phải được nộp **không muộn** hơn 10 ngày sau ngày ký đơn ghi danh hoặc sau ngày chương trình bảo hiểm có hiệu lực, tùy vào ngày nào đến sau.

**Bắt đầu quy trình điền đơn Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (Health Risk Assessment, HRA).** Nhấp vào biểu tượng trái tim màu tím  bên cạnh đơn xin ghi danh trên bảng điều khiển.

Clever Care Health Plan Enrollment Portal - Home Joey Chadwick

[Start a New Enrollment Application](#)

Leads Assigned ⊙ ⊕

	Last Na...	First Na...	Date of ...	Spoken ...	Home A...	Home Cl...	Home St...	Home Zip	Phone #	Gender	Medicar...	Medicai...	Written ...	Member...
No records available.														

Submitted Enrollment Applications (past 30 days) Records: 5

	First Name	Last Name	Date Submitted	Application Status	HRA Status
	Joey	Test5	2/14/2024	Pending	Not Started
	Joey	Test4	2/14/2024	Processed	Completed (02/14/2024)
	Joey	Test3	2/14/2024	Pending	Completed (02/14/2024)
	Joey	Test2	2/14/2024	Pending	Completed (02/14/2024)
	Joey	Test1	2/14/2024	Processed	Completed (02/14/2024)

## Bước 1 - Thông Tin Người Nộp Đơn (Applicant Information)

1. Xem lại thông tin của người nộp đơn để đảm bảo mọi thứ đều chính xác.
2. Nhấp vào nút "Home" ở góc trên bên phải để quay lại bảng điều khiển trên trang chủ, không lưu.

Clever Care Health Plan Enrollment Portal - Health Risk Assessment Joey Chadwick ▾

---

### Applicant Information Home

<b>Applicant Name</b> Mary Beneficiary	<b>Main Address</b> 3052 N GOODVIEW TR, Los Angeles, CA 90068	<b>Mailing Address</b>	<b>Phone Numbers</b> Cell: 6265551234	<b>Email</b>
<b>Plan Name</b> Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) Plan	<b>Requested Effective Date</b> 04/01/2024	<b>Spoken Language</b> English	<b>Date of Birth</b> 02/02/1955	<b>Gender</b> Female
<b>Application Submit Date</b> 02/22/2024	<b>HRA Last Updated</b>	<b>Medicare Number</b> 1CD2EF3GH45	<b>Member ID</b> 0000060064	<b>State Medicaid Number</b> 1784983611

## Bước 2 – Giới Thiệu HRA

1. Trả lời các câu hỏi 1-3.

### Health Risk Assessment

HRA INTRO

1. Preferred Method of Communication  
 Phone  
 Email
2. Interpreter Needed?  
 Yes  
 No
3. How was the HRA Completed?  
 Telephone  
 Face-to-Face  
 Telehealth/Virtual

2. Điền bất kỳ tôn giáo hoặc tín ngưỡng văn hóa nào của khách hàng để trả lời câu hỏi số 4. Nếu họ không theo bất kỳ tôn giáo hay tín ngưỡng nào, hãy điền "N/A" (không áp dụng).

### INFORMATION ABOUT ME

4. Please describe anything related to your culture, beliefs, religious practices, or anything else important to you that would help us serve you better.

N/A 

5. What is your current housing situation?

I have housing

Are you worried about losing your housing?

No  
 Yes

I do not have housing (staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the street, on a beach, in a car, or in a park)

6. Who do you currently live with?

Living Alone  
 Living with family or friend  
 Living with spouse/significant other  
 Other

7. Do you have an Advance Directive in place? (a way to make sure that your designated medical power of attorney is able to communicate your medical wishes if you cannot speak for yourself)

Yes  
 No

3. Trả lời các câu hỏi 8-17 về đánh giá cơn đau (pain screening), kết nối/trao đổi thông tin (communication connection) và sức khỏe của khách hàng (my health). Một số câu hỏi sẽ được trả lời là "yes" (đúng/có) hoặc "no" (không), và một số câu hỏi khác như câu 9 sẽ có nhiều tùy chọn để trả lời.

**PAIN SCREENING**

8. Are you experiencing any pain now or in the last two weeks?

Yes

At its worst, how severe is your pain (0 to 10 with 10 being the worst)?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Have you talked to your doctor or someone else about how to manage your pain?

Yes

Who did you talk to?

No

No

9. Please select if you use any of the following equipment:

Dentures

Medical alert device

Lift chair

Brace (leg, back)

Transfer equipment

Cane

Incontinence supplies (pads, liners)

Glasses/contact lenses

Adaptive eating equipment

Bathing equipment

Walker

Bedside commode

Hearing aid

Wheelchair (manual, electric)

Other

Doesn't have/use any equipment

4. Duy nhất câu 18 là tùy chọn/không bắt buộc (optional). Trả lời câu này bằng cách điền tên các loại thuốc mà khách hàng đang dùng. Nếu họ đang không dùng bất kỳ loại thuốc nào, hãy để trống phần trả lời cho câu hỏi này.
5. Nhấp vào đường dẫn (link) "Add another medication" nếu cần điền thêm nhiều hơn 1 loại thuốc.

**Health Risk Assessment**

**MY HEALTH**

18. Please list the medications, frequency, and dosage you are taking, including over-the-counter and supplements.

Medication Name

Dosage/Strength

How often are you taking it?

[Add another medication](#)

- Sau khi trả lời xong câu hỏi 38 và 39, hãy nhấp vào nút "Submit" màu tím để nộp bản Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA).
- Nếu muốn lưu lại tiến trình hiện tại để quay lại sau, hãy nhấp vào nút "Save".

**HEALTH GOALS**

27. What are your health goals for everyday life? Please select at least one of the health goals listed below.

- Complete an annual wellness exam with my primary care provider (PCP).
- Volunteer for a local organization, such as the library, an animal shelter, or soup kitchen.
- Work on maintaining or increasing my balance and strength to avoid falls.
- Talk with my doctor to develop a regular exercise plan.
- Follow a nutritious and healthy diet to maintain or improve my health.
- Other personalized goal.

28. Are there any barriers that may keep you from accomplishing your goal(s)?

No

Yes - Select all that apply :

Select all barriers that apply.

- Transportation
- Lack of time
- Lack of motivation
- Lack of resources/equipment
- Other

# Hệ Thống Connecture

Nút HRA điện tử sẽ có thể dùng được sau khi đơn ghi danh được gửi đi thông qua hệ thống Connecture. HRA phải được nộp **không muộn** hơn 10 ngày sau ngày ký đơn ghi danh hoặc ngày chương trình bảo hiểm có hiệu lực, tùy vào ngày nào đến sau.

## **Bước 1:**

Nếu đã kết nối với Connecture, quý vị sẽ nhận được một **đường dẫn (link) độc nhất** để truy cập trang web.

## **Bước 2:**

Sau khi nộp đơn ghi danh, **hãy nhấp** vào nút "Health Risk Assessment" để bắt đầu quy trình điền Bản Đánh Giá Rủi Ro Sức Khỏe (HRA).

Application submitted

i Your application has been submitted and is pending approval.  
This confirmation is not proof of membership.

[Email](#) [Print](#)

What to expect

- You will be notified when your application is accepted and your coverage is effective.
- You should receive your insurance card within 7 to 10 business days.
- If you have an email address on file, we will send copy of your application submission.

Next steps

Please complete the plan's optional Health Risk Assessment to gather more information about your health so they may provide health improvement suggestions.

**Complete Health Risk Assessment**

**Application details**

**Member name**  
Terry Crews

**Member address**  
510 Crane Blvd Los Angeles, CA 90065

**Submitted on**  
November 2, 2023

**Confirmation number**  
A81394315783833M

[View application](#)

## **Bước 3:**

Trả lời câu hỏi 27 và 28, sau đó **nhấp vào** "Complete Assessment" để hoàn thành đánh giá.

Health Goals

**27. What are your health goals for everyday life? Please select at least one of the health goals listed below.\***

Complete an annual wellness exam with my primary care provider (PCP)

Volunteer for a local organization, such as the library, an animal shelter, or soup kitchen.

Work on maintaining or increasing my balance and strength to avoid falls

Talk with my PCP to develop a regular exercise plan

Follow a nutritious and health diet to maintain or improve my health

Other personalized goal

**28. Are there any barriers that may keep you from accomplishing your goal(s)?\***

**Complete assessment**

# Biểu Mẫu PowerForms của Clever Care

Một cách khác để gửi HRA là thông qua quy trình sử dụng biểu mẫu DocuSign. Cả đại lý và khách hàng đều cần một địa chỉ email (hòm thư điện tử) để thực hiện quy trình này. HRA phải được nộp **không muộn** hơn 10 ngày sau ngày ký đơn ghi danh hoặc ngày chương trình bảo hiểm có hiệu lực, tùy vào ngày nào là muộn hơn.

## **Bước 1:**

Truy cập trang web của Clever Care tại <https://clevercarehealthplan.com/brokers/enrollment-forms/>. Cuộn xuống phần "Power Forms" và **nhấp vào** liên kết cho biểu mẫu HRA của năm bảo hiểm tương ứng với ngôn ngữ phù hợp.

2025 Power Forms	2026 Power Forms
<a href="#">2025 Broker Enrollment Form in English</a>	<a href="#">2026 Broker Enrollment Form in English</a>
<a href="#">2025 Broker Enrollment Form in Chinese</a>	<a href="#">2026 Broker Enrollment Form in Chinese</a>
<a href="#">2025 Broker Enrollment Form in Korean</a>	<a href="#">2026 Broker Enrollment Form in Korean</a>
<a href="#">2025 Broker Enrollment Form in Vietnamese</a>	<a href="#">2026 Broker Enrollment Form in Vietnamese</a>
<a href="#">2025 Broker Enrollment Form in Spanish</a>	<a href="#">2026 Broker Enrollment Form in Spanish</a>
<a href="#">2025 HRA Form in English</a>	<a href="#">2026 HRA Form in English</a>
<a href="#">2025 HRA Form in Chinese</a>	<a href="#">2026 HRA Form in Chinese</a>
<a href="#">2025 HRA Form in Korean</a>	<a href="#">2026 HRA Form in Korean</a>
<a href="#">2025 HRA Form in Vietnamese</a>	<a href="#">2026 HRA Form in Vietnamese</a>
<a href="#">2025 HRA Form in Spanish</a>	<a href="#">2026 HRA Form in Spanish</a>
<a href="#">^ back to the top</a>	<a href="#">^ back to the top</a>

## **Bước 2:**

Điền tên và địa chỉ email của đại lý. Không bắt buộc điền phần dành cho hội viên. Nhấp vào nút "Begin Signing" để bắt đầu ký tên.

**PowerForm Signer Information**

Fill in the name and email for each signing role listed below. Signers will receive an email inviting them to sign this document.

Please enter your name and email to begin the signing process.

**Agent**

Your Name: \*

Your Email: \*

Please provide information for any other signers needed for this document.

**Member**

Name:

Email:

**BEGIN SIGNING**

### **Bước 3:**

Tiếp tục điền đầy đủ các trường thông tin bắt buộc được đánh dấu màu tím.

DocuSign Envelope ID: DFB61D3-8B8E-4302-ACC3-7148D9CE5421

**Clever Care**  
HEALTH PLAN

### Health Risk Assessment

Member's first name: Tom	Member's last name: Black	Middle initial: 
Medicare MBI number: 1cc2cc3cc45	Date of birth: 02/02/1655	HRA completion date: 11/6/2025
Member phone number: 123-123-1234	Primary Care Provider (PCP) name: Yong Lee	

How was the HRA completed:

Telephone     Face-to-Face     Telehealth/Virtual

If applicable, list all individuals who helped complete this form  
(i.e. provider, family member, friend, broker):

Name(s): Joseph Chadwick	Relationship to member: Agent
Broker Name: Joseph chadwick	Broker NPN: 15124512

### **Bước 4:**

Trên trang cuối cùng, trả lời câu hỏi 27 và 28.

**Health Goals**

**27. What are your health goals for everyday life? Please select at least one of the health goals listed below.**

- Complete an annual wellness exam with my primary care provider (PCP)
- Volunteer for a local organization, such as the library, an animal shelter, or soup kitchen
- Work on maintaining or increasing my balance and strength to avoid falls
- Talk with my doctor to develop a regular exercise plan
- Follow a nutritious and healthy diet to maintain or improve my health
- Other personalized goal: \_\_\_\_\_

**28. Are there any barriers that may keep you from accomplishing your goal(s)?**

No

Yes - Select all that apply:

<input type="checkbox"/> Transportation	<input type="checkbox"/> Lack of motivation
<input type="checkbox"/> Lack of time	<input type="checkbox"/> Lack of resources/equipment
<input type="checkbox"/> Other _____	

### **Bước 5:**

Nhấp vào nút "Finish" màu vàng ở góc trên bên phải của trang để kết thúc.

