

Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)
Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)

Ai có thể sử dụng mẫu này?

Những người đang có bảo hiểm Medicare muốn tham gia Medicare Advantage Plan.

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

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

Quan trọng: Để tham gia Medicare Advantage Plan của chúng tôi, quý vị phải có cả:

- 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:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình.

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể ghi danh vào 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 của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

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

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai), chương trình đó phải nhận được đơn điền đầy đủ theo mẫu của quý vị trước ngày 7 tháng Mười Hai.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn ghi danh để được 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 Đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Chuyện gì xảy ra tiếp theo?

Gửi đơn theo mẫu đã điền đầy đủ và đã ký của quý vị tới:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
660 W Huntington Drive, Suite 200
Arcadia, CA 91007

Email: enrollment@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4757

Khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm cách nào để được trợ giúp cách điền mẫu này?

Gọi cho Clever Care theo số (833) 808-8163. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc, gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

En español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Theo Đạo luật Giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai phải phản hồi việc thu thập thông tin, trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm cả thời gian xem xét hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào về tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất cải thiện mẫu này, vui lòng viết thư gửi đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG:

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu thanh toán, các khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Duyệt Báo cáo của PRA. Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện mẫu này hoặc gánh nặng thu thập của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ được hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem mục "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi đơn đã điền đầy đủ theo mẫu của quý vị cho chương trình.

Phần 1**Tất cả các ô trên trang này đều bắt buộc phải điền** (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

<input checked="" type="checkbox"/>	Chương trình	Quận hạt	Phí bảo hiểm
	Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)		
	H7607-002-001	Los Angeles	\$0 mỗi tháng
	H7607-002-002	Orange	\$0 mỗi tháng
	H7607-002-003	San Diego	\$0 mỗi tháng
	Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)		
	H7607-003-001	Los Angeles	\$33.20 mỗi tháng
	H7607-003-002	Orange	\$33.20 mỗi tháng
	H7607-003-003	San Diego	\$33.20 mỗi tháng
	Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)		
	H7607-007-001	Los Angeles	\$0 mỗi tháng
	H7607-007-002	Orange	\$0 mỗi tháng
	H7607-007-003	San Diego	\$0 mỗi tháng
	Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)		
	H7607-008-001	Los Angeles	\$0 mỗi tháng
	H7607-008-002	Orange	\$0 mỗi tháng
	H7607-008-003	San Diego	\$0 mỗi tháng

Tên:	Họ:	Viết tắt tên đệm (tùy chọn):
------	-----	------------------------------

Ngày sinh (tháng/ngày/năm):	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Số điện thoại:
-----------------------------	--	----------------

Địa chỉ phổ nơi thường trú (Không nhập Hộp thư bưu điện):

Thành phố:	Quận (tùy chọn):	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------------	------------	---------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép sử dụng hộp thư bưu điện):

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------	---------

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare: _____ - _____ - _____

Phần 1**Tất cả các mục trên trang này là bắt buộc (tiếp theo)**

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau:

Ngoài Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage hoặc Clever Care Value Medicare Advantage, quý vị có được bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên của các bảo hiểm khác:	Số thành viên của bảo hiểm này:	Số nhóm của bảo hiểm này:

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và bảo hiểm Y tế (Phần B) để ở lại chương trình Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO), Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO) hoặc Clever Care Value Advantage (HMO).
- Bằng cách tham gia Medicare Advantage Plan, tôi thừa nhận rằng Clever Care sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng các thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán và để thực hiện các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập các thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật về Quyền riêng tư ở 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 trong mẫu ghi danh này là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng những người có bảo hiểm Medicare thường không được Medicare chi trả khi ở nước ngoài, ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.
- Tôi hiểu rằng khi chương trình bảo hiểm Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage hoặc Clever Care Value Medicare Advantage của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Clever Care. Các quyền lợi và dịch vụ do Clever Care cung cấp và có trong tài liệu “Chứng từ bảo hiểm” Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage hoặc Clever Care Value Medicare Advantage của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận tham gia) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Clever Care đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu chữ ký được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), nó xác nhận rằng:
 1. Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 2. Tài liệu về việc ủy quyền này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:**Ngày hôm nay:** (tháng/ngày/năm)

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các mục sau:

Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Mối quan hệ với người ghi danh:

Tiếp ►

Phần 2

Tất cả các mục trên trang này là tùy chọn

Việc trả lời các câu hỏi này là do quý vị lựa chọn. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì lý do không điền câu trả lời.

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

- Tiếng Trung (Phồn thể) Phương ngữ ưa dùng: Tiếng Quan Thoại Tiếng Quảng Đông
 Tiếng Khmer Tiếng Hàn Tiếng Việt Tiếng Tây Ban Nha Khác: _____

Vui lòng nêu rõ chủng tộc/dân tộc nhận dạng quý vị.

- Da Trắng Da Đen Người gốc Tây Ban Nha Người Mỹ bản địa/Người Alaska bản địa
 Người Hawaii/Người đảo Thái Bình Dương

Người Châu Á: Người Ấn Người Campuchia Người Hoa Người Philippines
 Người Indonesia Người Nhật Người Hàn Người Lào Người Thái Người Việt

Khác: _____

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

- Chữ nổi Chữ in lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ với **Clever Care theo số (833) 808-8163** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Tin nhắn nhận được vào các ngày lễ hoặc ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được trả lời trong vòng một ngày làm việc. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có làm việc không? Có Không

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

Nêu thông tin về Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) của quý vị:

Tên của PCP:

ID Ghi danh của PCP số:

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của bác sĩ này không? Có Không

Nhóm Y tế hoặc Mạng lưới Bác sĩ:

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

- Tài liệu bắt buộc của chương trình (ví dụ: Thông báo Thay đổi Hàng năm)
 Giải thích về quyền lợi
 Bản tin và thông tin về Chương trình
- Thông tin về chương trình sức khỏe
 Thư mời tham gia hội thảo dành cho hội viên
 Tất cả các thông tin trên

Địa chỉ email:

Thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng (bao gồm bất kỳ phí đăng ký trễ nào mà quý vị hiện có hoặc có thể có) qua đường bưu điện hoặc Chuyển khoản Điện tử (Electronic Fund Transfer, EFT) mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động rút nó ra khỏi quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Part D-IRMAA), quý vị sẽ phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trích từ phúc 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 Clever Care về Part D-IRMAA.

BÁO CÁO HÀNH ĐỘNG VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Các Trung tâm Medicare và Dịch vụ Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Các 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) "Medicare Advantage Prescription Drug (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.

Chứng nhận đủ điều kiện cho một kỳ ghi danh.

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các câu dưới đây và đánh dấu vào mục phù hợp với quý vị.

Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ mục nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị hội đủ điều kiện tham gia Thời gian Ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị rút tên ghi danh.

- Tôi là hội viên mới của Medicare.
- Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Thời gian Ghi danh Mở của Medicare Advantage (MA OEP).
- Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi chuyển đến ngày (điền ngày: _____).
- Tôi mới được ra tù. Tôi đã được thả vào (ghi ngày: _____).
- Tôi mới trở lại Hoa Kỳ sau một thời gian dài sống ở nước ngoài. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi mới nhận được tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào (điền ngày: _____).
- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (Medicaid mới nhận, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc Medicaid bị mất) vào ngày (điền ngày: _____).
- Gần đây tôi đã có một sự thay đổi trong Trợ giúp Bổ sung của mình khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Trợ giúp Bổ sung mới, có sự thay đổi về mức Trợ giúp Bổ sung, hoặc Trợ giúp Bổ sung bị mất) vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi có cả bảo hiểm Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi), hoặc tôi được Trợ giúp Bổ sung thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của tôi, nhưng tôi chưa có thay đổi.
- Tôi sẽ chuyển đến, đang sống ở hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở phục hồi chức năng). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào ngày (điền ngày: _____).
- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE® vào ngày (điền ngày: _____).
- Gần đây tôi vô tình mất bảo hiểm thuốc theo toa tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi sẽ rời bỏ/mất bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi thuộc chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Ghi danh của tôi trong kế hoạch đó bắt đầu vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi đã được ghi danh vào một Chương trình Nhu cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn hội đủ điều kiện cần thiết về nhu cầu đặc biệt để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị rút tên khỏi SNP vào ngày (điền ngày: _____).
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi tình huống khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (Federal Emergency Management Agency, FEMA) hoặc của cơ quan chính quyền liên bang, tiểu bang hoặc địa phương. Một trong những tuyên bố khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi đã không thể đăng ký vì thảm họa.

Nếu không có câu nào trong số này phù hợp với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Clever Care theo số **(833) 808-8163 (TTY: 711)** để xem quý vị có hội đủ điều kiện để ghi danh hay không. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 và 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, các ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9. Tin nhắn nhận được vào các ngày lễ hoặc ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được trả lời trong vòng một ngày làm việc.