

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn gia nhập một chương trình Medicare Advantage.

Để gia nhập một 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 gia nhập một chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể gia nhập một chương trình:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ ngày đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, quý vị được phép gia nhập 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 cho một chương trình.

Tôi cần những gì để điền biểu 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 hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn (không bắt buộc) — Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền các mục này.

Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn gia nhập một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở vào mùa thu (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu đã hoàn thiện của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Công ty bảo hiểm của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể đăng ký chọn cách khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ lương hàng tháng hoặc quyền lợi An Sinh Xã Hội (hay Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt) hàng tháng của quý vị.

Bước tiếp theo là gì?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và đã ký tên của quý vị đến:

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647
Email: enrollment@ccmapd.com
Fax: (657) 276-4757

Họ sẽ liên lạc với quý vị trong quá trình xử lý yêu cầu ghi danh của quý vị.

Tôi phải làm gì để được giúp điền biểu mẫu này?

Hãy gọi cho Clever Care tại số (833) 808-8163. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc, gọi Medicare tại số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 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.

Những người đang trong tình trạng vô gia cư

- Nếu quý vị muốn gia nhập một chương trình nhưng không có nơi thường trú, thì hộp thư bưu điện (PO Box), một địa chỉ trú ẩn hoặc phòng khám, hay nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo Luật Giám Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không ai phải phản hồi việc thu thập thông tin, trừ khi việc thu thập đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi phản hồi, 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 biểu 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 tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu bồi hoàn, các khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Duyệt Báo Cáo của PRA (PRA Reports Clearance Office). Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc các vấn đề về thu thập biểu mẫu (được nêu trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến công ty bảo hiểm. Xem mục “Bước tiếp theo là gì?” trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền của quý vị cho chương trình.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn gia nhập:

- | | | | |
|--------------------------|---|---------------|---------------|
| ☐ | Clever Care Longevity (HMO) | H7607-014-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ | Clever Care Value (HMO) | H7607-015-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ | Clever Care Total+ (HMO C-SNP) | H7607-016-000 | \$0 mỗi tháng |
| ☐ | Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP) | H7607-017-000 | \$0 mỗi tháng |

Họ:

Tên:

Viết tắt tên đệm: (tùy chọn/không bắt buộc)

Ngày sinh:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

Giới tính:

☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại:

() -

Địa chỉ đường phố thường trú (Không nhập địa chỉ hộp thư bưu điện - PO Box. Lưu ý: Dành cho những người đang ở trong tình trạng vô gia cư, một PO Box có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

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

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

- -

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Clever Care? ☐ Có ☐ Không

Tên của chương trình bảo hiểm khác:

Mã số hội viên của bảo hiểm này:

Mã số nhóm của bảo hiểm này:

TÙY CHỌN/KHÔNG BẮT BUỘC:

Quý vị có ghi danh vào Chương Trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

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

Dựa trên Đánh Giá về Mô Hình Chăm Sóc, công ty Clever Care Health Plan, Inc. đã được Ủy Ban Đảm Bảo Chất Lượng Quốc Gia (NCQA) phê duyệt để vận hành Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt dành cho Bệnh Mạn Tính (C-SNP) đến hết năm 2026.

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình Clever Care Total+ (HMO C-SNP)

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh tiểu đường** (cao đường) hoặc đang sử dụng insulin hay các loại thuốc khác để kiểm soát đường huyết (lượng đường trong máu) của mình không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh rối loạn nhịp tim** hoặc bệnh rung tâm nhĩ (Afib), hoặc có vấn đề về nhịp tim nhanh, tim đập không đều không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh động mạch vành (CAD)**, đã từng bị đau tim hay nhồi máu cơ tim, hoặc đã từng gặp vấn đề về tuần hoàn máu do xơ cứng động mạch hoặc tĩnh mạch không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **tình trạng rối loạn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính** hoặc có những cục máu đông trong tĩnh mạch hơn một lần không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh mạch máu ngoại vi (PVD)** hoặc có các triệu chứng như đau chân khi đi bộ, tê chân vào ban đêm, vết loét chân không lành hoặc cảm giác lạnh ở một chân không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh suy tim mạn tính (CHF)** hoặc thường xuyên gặp phải các triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, hoặc sưng phù ở chân hay mắt cá chân khi hoạt động hàng ngày, hoặc khi nằm xuống không? ☐ Có ☐ Không

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình Clever Care Breathe+ (HMO C-SNP)

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh hen suyễn** hoặc thường xuyên gặp các triệu chứng như thở khò khè, hụt hơi khó thở, tức ngực hoặc ho, đặc biệt là vào ban đêm hoặc sau khi hoạt động thể chất không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh viêm phế quản mạn tính** hoặc bị ho kéo dài kèm theo đờm ít nhất ba tháng trong một năm và kéo dài liên tục trong hai năm không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh khí phế thũng (một dạng tắc nghẽn phổi mạn tính)** hoặc thường xuyên cảm thấy hụt hơi khó thở, đặc biệt là khi hoạt động thể chất, kèm theo ho mạn tính hoặc thở khò khè không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có từng được chẩn đoán là mắc **bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD)** hoặc thường xuyên bị hụt hơi khó thở, ho mạn tính kèm theo đờm hoặc thường xuyên thở khò khè không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có đang dùng thuốc để trị bệnh không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê các loại thuốc:

Bác sĩ có thể xác minh (các) tình trạng của quý vị

Tên:

Điện thoại:

() -

Fax:

() -

Địa chỉ phòng khám:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Phần 1

Tất cả các mục trên trang này đều bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn/không bắt buộc) tiếp tục

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Chữ ký của tôi cho phép bác sĩ/nhà cung cấp có tên trên đây và/hoặc bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của tôi được tiết lộ thông tin sức khỏe và/hoặc cung cấp hồ sơ y tế của tôi cho Clever Care Health Plan.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên dưới đây:

- Tôi phải duy trì cả quyền lợi Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để tiếp tục ở lại Clever Care Health Plan.
- Bằng việc tham gia vào chương trình Medicare Advantage (MA) này, tôi xác nhận rằng Clever Care sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thanh toán và thực hiện các mục đích khác được pháp luật Liên Bang cho phép khi thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố của Đạo Luật Quyền Riêng Tư dưới đây). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA khác (những ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Clever Care Health Plan của tôi bắt đầu có hiệu lực, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Clever Care Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Clever Care Health Plan cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Clever Care Health Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận gia nhập chương trình) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và Clever Care đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.
- Thông tin trên biểu mẫu ghi danh này là đúng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên biểu mẫu này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của biểu mẫu này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), điều này xác nhận rằng:
 - người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 - tài liệu về việc ủy quyền này là có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:

Hôm nay, ngày:

Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm 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:

Phần 2

Tất cả các mục trên trang này là tùy chọn (không bắt buộc)

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

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska ⁽¹⁾ | ☐ Người Guamanian hoặc Chamorro ⁽⁷⁾ | ☐ Người Samoa ⁽¹³⁾ |
| ☐ Người Ấn Độ gốc Châu Á ⁽²⁾ | ☐ Người Nhật ⁽⁸⁾ | ☐ Người Việt ⁽¹⁴⁾ |
| ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ⁽³⁾ | ☐ Người Hàn ⁽⁹⁾ | ☐ Người da trắng ⁽¹⁵⁾ |
| ☐ Người Trung Quốc ⁽⁴⁾ | ☐ Thổ dân Hawaii ⁽¹⁰⁾ | ☐ Tôi chọn không trả lời. ⁽¹⁶⁾ |
| ☐ Người Campuchia ⁽⁵⁾ | ☐ Người gốc Châu Á khác ⁽¹¹⁾ | |
| ☐ Người Philippines ⁽⁶⁾ | ☐ Người Đảo Thái Bình Dương khác ⁽¹²⁾ | |

Ngôn ngữ nói ưa dùng của quý vị là gì?

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Quan Thoại ☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Khmer ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt
☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Ngôn ngữ khác: _____

Ngôn ngữ viết ưa dùng của quý vị ngoài tiếng Anh là gì?

- ☐ Tiếng Trung (phồn thể) ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một định dạng có thể truy cập được dưới đây nếu quý vị muốn nhận thông tin từ chúng tôi theo định dạng đó:

- ☐ Chữ nổi ☐ Chữ in lớn ☐ Data CD (Đĩa nén CD dùng cho máy tính)

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

Quý vị có còn đi làm không? ☐ Có ☐ Không **Vợ/Chồng của quý vị có còn đi làm không?** ☐ Có ☐ Không

Đăng ký nhận tin nhắn và email:

Số điện thoại di động: () _____ - _____

Bằng việc cung cấp số điện thoại của mình, tôi đồng ý nhận tin nhắn tự động và/hoặc tin nhắn bằng văn bản khác của Clever Care Health Plan cho mục đích chăm sóc sức khỏe, quyền lợi hoặc bất kỳ mục đích nào khác. Việc đồng ý này không phải là điều kiện để nhận bất kỳ dịch vụ nào, và tôi có thể chọn từ chối bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care. Có thể áp dụng cước tin nhắn và dữ liệu.

Địa chỉ email: _____

Bằng việc cung cấp địa chỉ email của mình, tôi đồng ý nhận các thông tin và tài liệu của Clever Care bằng hình thức điện tử thay vì qua thư tín bưu điện Hoa Kỳ. Tôi hiểu rằng điều này sẽ bao gồm các tài liệu như Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần C và Phần D, Thông Báo về Thay Đổi Hàng Năm (ANOC) và các tài liệu khác. Tôi có thể đổi sang hình thức nhận thư tín bưu điện Hoa Kỳ bất cứ lúc nào bằng cách gọi cho Clever Care.

Liệt kê thông tin về bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của quý vị

Tên của PCP: _____

Tổ hợp y tế hoặc IPA: _____

Số ID ghi danh của PCP: _____

Hiện tại quý vị có phải là bệnh nhân của PCP này không?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Tôi không có PCP, vui lòng chỉ định một PCP cho tôi.

Phần 3

Thanh toán phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể có) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm tự động từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) của mình mỗi tháng.**

Nếu phải trả Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Cho Phần D (khoản điều chỉnh Phần D-IRMAA), quý vị sẽ phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG thanh toán khoản điều chỉnh Phần D-IRMAA cho Clever Care.

Vui lòng chọn một cách thanh toán phí bảo hiểm. Nếu không chọn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn.

- ☐ Nhận hóa đơn.
- ☐ Khấu trừ tự động từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) hàng tháng của quý vị. Tôi nhận quyền lợi hàng tháng từ: ☐ i) An Sinh Xã Hội ☐ ii) RRB

Cảm ơn quý vị đã chọn Clever Care Health Plan! (tùy chọn/không bắt buộc)

Vui lòng dành chút thời gian để chia sẻ cách mà quý vị tìm thấy Clever Care. Chọn một hoặc nhiều câu trả lời trong các ví dụ sau:

- | | |
|---|---|
| ☐ Truyền hình - Tivi ⁽¹⁾ | ☐ Thư từ ⁽⁵⁾ |
| ☐ Phát thanh - Radio ⁽²⁾ | ☐ Gia đình, bạn bè, bác sĩ hoặc chuyên gia chăm cứu ⁽⁶⁾ |
| ☐ Báo chí ⁽³⁾ | ☐ Người môi giới bảo hiểm của quý vị ⁽⁷⁾ |
| ☐ Mạng xã hội hoặc máy tính (Google, Facebook, YouTube, ứng dụng trò chơi/Game) ⁽⁴⁾ | ☐ Sự kiện ⁽⁸⁾ |
| | ☐ Cách khác: ⁽⁹⁾ _____ |

Chỉ dành cho những cá nhân đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị đang giúp người ghi danh điền mẫu đơn này (ví dụ như nhân viên đại lý, người môi giới, cố vấn Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Sức Khỏe Tiểu Bang (SHIP), thành viên gia đình, hoặc bên thứ ba khác).

Tên:	Mối quan hệ với người ghi danh:
Chữ ký:	NPN-Số Đăng Ký Quốc Gia (chỉ dành cho đại lý/người môi giới):
FMO (nếu có):	Quý vị có đang ghi danh qua điện thoại không? ☐ Có ☐ Không
Ngày bảo hiểm có hiệu lực: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm	Ngày nhận đơn: Tháng Tháng / Ngày Ngày / Năm Năm Năm Năm

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & 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), để cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo Luật An sinh Xã hội, 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 đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.