



Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO)

Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân

Mẫu đơn ghi danh

Chương trình bảo hiểm cá nhân Vùng các Tiểu Bang Trung- Đại Tây Dương

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người sử dụng chương trình Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia một chương trình, quý vị phải:

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

Quan trọng: Để tham gia vào một Chương Trình Medicare Advantage, quý vị phải tham gia cả hai phần sau:

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

Khi nào thì tôi dùng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng Mười tới ngày 7 tháng Mười Hai mỗi năm (đối với chương trình bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng Một)
- Trong vòng 3 tháng kể từ khi nhận được Medicare lần đầu tiên
- Trong một số tình huống mà quý vị được phép tham gia hoặc thay đổi chương trình

Hãy truy cập vào Medicare.org (bằng tiếng Anh) để tìm hiểu thêm thông tin về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình.

Tôi cần những thông tin gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (con số nằm trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn, quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nằm trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 tháng Mười tới ngày 7 tháng Mười Hai), chương trình đó phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng Mười Hai.
- Chúng tôi sẽ gửi hóa đơn tính phí bảo hiểm của chương trình cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký để khoản thanh toán phí bảo hiểm được trừ từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Hỏa Xa (Railroad Retirement Board)).



Quý vị đã bao giờ nghĩ tới việc ghi danh trên kp.org/enrollonline (bằng tiếng Anh) chưa? Đây là một cách ghi danh nhanh chóng, bảo mật và dễ dàng.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Vui lòng gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và có chữ ký đến:

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-9914

- Chúng tôi sẽ xem xét mẫu đơn của quý vị để đảm bảo đơn này đã hoàn tất.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho Medicare biết là quý vị đã đăng ký tham gia Medicare Advantage.
- Trong vòng 10 ngày theo lịch sau khi Medicare xác nhận là quý vị đủ điều kiện, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết thời điểm chương trình bảo hiểm của quý vị bắt đầu. Sau đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thẻ ID Kaiser Permanente và thông tin dành cho hội viên mới.
- Quý vị có thể kiểm tra trực tuyến tiến độ xử lý đơn tại kp.org/medicare/applicationstatus (bằng tiếng Anh).

Tôi yêu cầu giúp đỡ điền mẫu đơn bằng cách nào?

Gọi điện cho Kaiser Permanente theo số **1-888-777-5536**. Người dùng TTY có thể gọi số **711**.

Hoặc gọi 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 Kaiser Permanente al **1-888-777-5536**/TTY **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 Cắt Giảm Giấy Tờ năm 1995, không ai buộc phải trả lời bản thu thập thông tin trừ phi có số kiểm soát có hiệu lực của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB). Số kiểm soát có hiệu lực của OMB cho việc thu thập thông tin này là 0938-NEW. Thời gian yêu cầu để hoàn tất thông tin này được ước lượng trung bình 20 phút cho mỗi lần trả lời, kể cả thời gian xem xét hướng dẫn, tìm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, hoàn tất và duyệt xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến độ chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có chứa thông tin cá nhân của quý vị (ví dụ như yêu cầu thanh toán, các khoản thanh toán, hồ sơ bệnh án, v.v.) cho Văn Phòng Xử Lý Báo Cáo PRA (PRA Reports Clearance Office). Các mục chúng tôi nhận được mà không liên quan đến cách cải thiện mẫu đơn này hoặc khó khăn thu thập (nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Chúng tôi sẽ không lưu trữ, xem xét hoặc chuyển tiếp các thông tin đó đến chương trình. Hãy xem mục “Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?” trên trang này để gửi đến chương trình mẫu đơn mà quý vị đã hoàn thành.

Tên

Số Hồ Sơ Sức Khỏe/Y Khoa Kaiser Permanente (dành cho hội viên hiện tại hoặc hội viên cũ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vui lòng liên hệ với Kaiser Permanente nếu quý vị cần thông tin bằng ngôn ngữ khác hoặc định dạng mà quý vị có thể xem được (chữ nổi Braille).

Phần 1 - Tất cả các trường trong phần này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)**Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:****MARYLAND: Thành Phố Baltimore và Quận Baltimore**

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value Balt** (HMO) - \$0 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO) - \$25 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO) - \$142 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **không có Phần D** (HMO) - \$10 mỗi tháng

MARYLAND: Anne Arundel, Calvert,* Carroll, Charles,* Frederick,* Harford, Howard, Montgomery và Prince George's

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value MD** (HMO) - \$0 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard MD** (HMO) - \$25 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High MD** (HMO) - \$142 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **không có Phần D** (HMO) - \$10 mỗi tháng

QUẬN COLUMBIA:

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value DC** (HMO) - \$0 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard DC** (HMO) - \$30 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High DC** (HMO) - \$142 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **không có Phần D** (HMO) - \$10 mỗi tháng

VIRGINIA: Các thành phố Falls Church, Fairfax, Fredericksburg, Alexandria, Manassas và Manassas Park; các quận Arlington, Fairfax, Loudoun, Prince William, Spotsylvania và Stafford

- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Value VA** (HMO) - \$0 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **Standard VA** (HMO) - \$22 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **High VA** (HMO) - \$142 mỗi tháng
- ☐ Kaiser Permanente Medicare Advantage **không có Phần D** (HMO) - \$10 mỗi tháng

* Các quận có dấu sao chỉ được đài thọ một phần theo khu vực phục vụ của chúng tôi. Nếu quý vị sống tại một quận được đài thọ một phần, vui lòng tham khảo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi để xem danh sách mã bưu chính trong khu vực phục vụ của chúng tôi.



Tên

Advantage Plus (gói quyền lợi bổ sung tùy chọn):

Quý vị có muốn bổ sung Advantage Plus vào chương trình Medicare Advantage của Kaiser Permanente không? Gói Advantage Plus là gói tùy chọn. Khi thêm \$25 mỗi tháng, quý vị có thể bổ sung thêm các quyền lợi (bảo hiểm nha khoa, thính giác và kính mắt toàn diện). Phí bảo hiểm hàng tháng của Advantage Plus sẽ được thêm vào phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Medicare Advantage của Kaiser Permanente.

☐ Có ☐ Không

HỌ:

Giới tính:

☐ Nam ☐ Nữ

TÊN:

Tên Dệm Viết Tắt:

Ngày Sinh: (mm/dd/yyyy)

Số Điện Thoại Nhà:

Số Điện Thoại Di Động:

Địa Chỉ Đường Phố Thường Trú (Hộp Thư Bưu Điện không được chấp nhận):

Thành Phố:

Quận:

Tiểu Bang: Mã Bưu Chính:

Địa Chỉ Gửi Thư nếu khác với địa chỉ thường trú (Hộp Thư Bưu Điện được chấp nhận)

Địa Chỉ Đường Phố:

Thành Phố:

Tiểu Bang: Mã Bưu Chính:

Địa Chỉ Email:

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

Tên

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1. Quý vị có sử dụng bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) kèm theo Kaiser Permanente không?

☐ Có ☐ Không

Nếu “có”, vui lòng nêu rõ chương trình bảo hiểm khác và (các) mã số nhận dạng (ID) của quý vị trong chương trình bảo hiểm đó:

Tên của chương trình bảo hiểm khác:

Số ID cho chương trình bảo hiểm này:

Số nhóm cho chương trình bảo hiểm này:

2. Quý vị có được ghi danh tham gia chương trình Medicaid Tiểu Bang không? ☐ Có ☐ Không

Nếu “có”, vui lòng cung cấp số Medicaid:

**DỪNG
LẠI**

Xin Quý Vị Vui Lòng Đọc Thông Tin Quan Trọng Sau Đây

Nếu hiện tại quý vị đang có chương trình bảo hiểm y tế từ chủ hãng sở hoặc công đoàn, việc tham gia Kaiser Permanente có thể ảnh hưởng tới quyền lợi y tế mà quý vị được nhận từ chủ hãng sở hoặc công đoàn. Quý vị có thể mất bảo hiểm y tế từ chủ hãng sở hoặc công đoàn nếu tham gia chương trình Medicare Advantage của Kaiser Permanente. Hãy đọc thông tin mà chủ hãng sở hoặc công đoàn gửi cho quý vị. Nếu quý vị có điều gì thắc mắc, hãy truy cập trang web của họ hoặc liên hệ tới văn phòng được liệt kê trong thông tin của họ. Nếu không có thông tin về người liên lạc, nhân viên quản lý quyền lợi hoặc văn phòng nơi giải đáp các thắc mắc của quý vị về chương trình bảo hiểm có thể giúp đỡ.

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì tham gia cả các phần Bệnh Viện (Phần A) và Y Tế (Phần B) để tiếp tục chương trình Medicare Advantage của Kaiser Permanente.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không có bảo hiểm thuốc theo toa Medicare hoặc bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy (như của Medicare), tôi có thể sẽ phải trả khoản phạt ghi danh muộn nếu tôi ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare sau này.
- Bằng việc tham gia Chương Trình Medicare Advantage hoặc Chương Trình Medicare Advantage Prescription Drug, tôi xác nhận rằng Kaiser Permanente sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và dùng cho những mục đích khác được luật Liên Bang cho phép để thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới).
- Phản hồi của quý vị về mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới việc ghi danh tham gia chương trình.
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng những người sử dụng Medicare thường không được Medicare đài thọ 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 Medicare Advantage theo Kaiser Permanente của tôi bắt đầu, tôi sẽ nhận được toàn bộ quyền lợi về y tế và thuốc theo toa từ Kaiser Permanente. Các quyền lợi và dịch vụ do Kaiser Permanente cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” của chương trình Medicare Advantage theo Kaiser Permanente của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Kaiser Permanente đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.

Tên

- 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 được ký bởi một người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này và
 - Tài liệu về sự ủy quyền này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Các điều kiện về quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus khi ghi danh

Nếu quý vị chọn “Có” để thêm gói quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus ở trang 2, vui lòng đọc thông tin bên dưới.

Bằng việc hoàn thành đơn ghi danh này:

- Tôi đồng ý thêm gói quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus cung cấp cho tôi (bảo hiểm nha khoa, thính lực và kính mắt toàn diện) với \$25 mỗi tháng. Số tiền này được cộng thêm vào phí bảo hiểm Medicare và Medicare Advantage theo Kaiser Permanente của tôi.
- Tôi hiểu rằng gói quyền lợi bổ sung tùy chọn này sẽ cộng thêm quyền lợi cho chương trình bảo hiểm Medicare Advantage theo Kaiser Permanente của tôi và tôi có thể tìm thấy các điều khoản và điều kiện trong **Chứng Từ Bảo Hiểm** của chương trình Medicare Advantage theo Kaiser Permanente.
- Tôi hiểu rằng gói quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus chỉ dành cho các hội viên ghi danh tham gia chương trình Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan.
- Tôi hiểu rằng tôi phải tiếp nhận dịch vụ chăm sóc được đài thọ từ những nhà cung cấp trong mạng lưới, ngoại trừ các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết khẩn cấp.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể ngừng sử dụng gói quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus vào bất kỳ lúc nào. Nếu tôi hủy ghi danh, tôi sẽ không đủ điều kiện ghi danh lại cho đến kỳ lựa chọn bảo hiểm hàng năm tiếp theo của gói quyền lợi bổ sung tùy chọn Advantage Plus có ngày bắt đầu là ngày 1 tháng Một hoặc tôi có một Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt khác.

Chữ Ký:

Ngày Hôm Nay: / /

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trên và cung cấp các thông tin sau:

Tên:

Địa Chỉ:

Số Điện Thoại: - -

Mối Quan Hệ với

Người Ghi Danh:

Tên **Phần 2 - Tất cả các trường trong phần này đều không bắt buộc**

Việc trả lời những câu hỏi sau là lựa chọn của quý vị. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền chúng.

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

☐ Tiếng Tây Ban Nha

Chọn một phương án nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một định dạng mà quý vị có thể xem được. ☐ Chữ Nổi Braille ☐ Bản In Khổ Lớn ☐ CD Âm Thanh

Vui lòng gọi điện cho Kaiser Permanente theo số **1-888-777-5536** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng mà quý vị có thể xem được ngoài những gì được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY nên gọi theo số **711**.

Quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không Chồng/vợ của quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không

Thanh Toán Phí Bảo Hiểm của Chương Trình

Mỗi tháng, quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm mọi khoản phạt ghi danh muộn hiện có hoặc có thể đang nợ) qua đường bưu điện, điện thoại hoặc trực tuyến. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm thông qua việc trừ tự động từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Hỏa Xa (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số Tiền Điều chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập-Phần D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), quý vị phải trả thêm khoản này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trừ từ quyền lợi An Sinh Xã Hội của quý vị hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). **KHÔNG** thanh toán Part D-IRMAA cho Kaiser Permanente.

Vui lòng chọn một phương án thanh toán phí bảo hiểm: Nếu không chọn một phương án thanh toán, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng.

☐ Nhận hóa đơn

Sau khi nhận được hóa đơn đầu tiên, quý vị có thể chọn một phương án thanh toán khác.

- Quý vị có thể được tự động trừ khoản thanh toán hàng tháng từ tài khoản ngân hàng của mình. Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-888-777-5536 (TTY 711)** để yêu cầu Đơn Lựa Chọn Thanh Toán Tự Động Medicare (Medicare Autopay Selection Form) hoặc nếu quý vị có câu hỏi.
- Để thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ, hãy truy cập **kp.org/mas/onlinebilling** (bằng tiếng Anh) hoặc gọi cho chúng tôi theo số **1-888-777-5536 (TTY 711)**. Quý vị sẽ cần thông tin tài khoản từ hóa đơn của mình để thực hiện thanh toán.

☐ Tự động khấu trừ từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Hỏa Xa (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận các quyền lợi hàng tháng từ: ☐ An Sinh Xã Hội ☐ RRB

TUYÊN BỐ CỦA ĐẠO LUẬT VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng vào Medicare Advantage (MA) hoặc các Chương Trình Thuốc Theo Toa (Prescription Drug Plan, PDP), cải thiện chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 và 423.32 cho phép việc 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 (System of Records Notice, SORN) “Thuốc theo toa Medicare Advantage” (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx), Hệ Thống Số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị về mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới việc ghi danh tham gia chương trình.

Tên

Chỉ Dành Cho Đại Lý Sử Dụng:

Ngày Nhận / / Đã phát hành cho khách hàng để gửi / /

Ngày Hiệu Lực của Bảo Hiểm / /

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ Không Đủ Điều Kiện ☐ SEP (lý do nếu SEP)

Loại cuộc hẹn thăm khám

Phạm Vi Hẹn Lịch đính kèm ☐ Có ☐ Không

Tên của nhân viên Kaiser Permanente

Tên của đại lý hoặc người môi giới ố ID của đại lý Kaiser Permanente

Tên công ty/nhà (nếu có)

Số ID nhà Kaiser Permanente Số điện thoại - -

Chứng Nhận Đủ Điều Kiện cho Một Giai Đoạn Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh thường niên từ ngày 15 tháng Mười đến ngày 7 tháng Mười Hai hàng năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh tham gia vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố đó áp dụng cho quý vị. Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị có đủ điều kiện tham gia một Giai Đoạn Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- ☐ Tôi mới tham gia Medicare.
- ☐ Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- ☐ Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực phục vụ cho chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi.
Tôi đã chuyển vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi vừa ra tù gần đây. Tôi được thả vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi vừa trở lại Hoa Kỳ sau một thời gian thường trú bên ngoài Hoa Kỳ.
Tôi trở lại Hoa Kỳ vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi vừa nhận được tư cách cư trú hợp pháp ở Hoa Kỳ gần đây.
Tôi nhận được tư cách này vào (điền ngày) / / .
- ☐ Gần đây tôi vừa có thay đổi trong Medicaid của mình (Medicaid mới nhận, có sự thay đổi về mức trợ cấp Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (điền ngày) / / .

Tên

- ☐ Gần đây tôi vừa có một thay đổi trong chương trình Extra Help của mình khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Extra Help mới, đã có một thay đổi về mức độ của Extra Help hoặc mất Extra Help) vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi được Extra Help giúp thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của tôi nhưng tôi chưa có thay đổi.
- ☐ Tôi sắp chuyển đến, sống tại hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào (điền ngày) / / .
- ☐ Gần đây tôi vừa rời khỏi chương trình PACE vào (điền ngày) / / .
- ☐ Gần đây tôi vô tình mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm uy tín tương đương Medicare). Tôi mất bảo hiểm thuốc vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi sẽ rời khỏi chương trình bảo hiểm của chủ hãng sở hoặc công đoàn vào (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 tham gia một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc ghi danh của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi đã được ghi danh vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã làm mất chứng nhận về nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi chương trình SNP vào (điền ngày) / / .
- ☐ Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp hoặc một thảm họa lớn theo tuyên bố của một tổ chức 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 ghi danh do xảy ra tình huống khẩn cấp hoặc thảm họa.
- ☐ Tôi đang tham gia một chương trình vừa được tiểu bang tiếp quản gần đây vì vấn đề tài chính. Tôi muốn chuyển sang chương trình khác.
- ☐ Tôi đang tham gia một chương trình có xếp hạng dưới 3 sao trong 3 năm qua. Tôi muốn tham gia một chương trình được xếp hạng từ 3 sao trở lên.

Nếu không có tuyên bố nào áp dụng cho quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Kaiser Permanente theo số **1-888-777-5536** (người dùng TTY nên gọi số **711**) để xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh tham gia không. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.