

Mẫu Xác Nhận Hẹn Gặp Người Môi Giới Bảo Hiểm

Xin vui lòng ký tắt chỗ khung dưới đây, cạnh loại chương trình mà quý vị muốn Người Môi Giới Bảo Hiểm (Agent) thảo luận với quý vị. Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid đòi hỏi người Agent ghi giữ hồ sơ tiếp thị của lần hẹn trước khi có những cuộc gặp mặt trực tiếp để bảo đảm có sự thông hiểu về những gì sẽ được thảo luận giữa người Agent và người thụ hưởng Medicare (hay người được quyền đại diện) *.

Medicare Lợi Điểm (Phần C), Medicare Lợi Điểm Những Chương Trình Thuốc Theo Toa, và Những Chương Trình Khác của Medicare

Medicare Health Maintenance Organization - Tổ Chức Bảo Trì Sức Khỏe (HMO) — Một Chương Trình Medicare Lợi Điểm bắt buộc phải bao trả việc chăm sóc sức khỏe cho cả Phần A và Phần B. Trong phần lớn các tổ chức HMOs, quý vị chỉ có thể gặp bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa hay đi bệnh viện trong mạng lưới của chương trình, trừ trường hợp khẩn cấp.

Khi ký vào mẫu đơn này, quý vị đồng ý gặp một người Agent để thảo luận các sản phẩm mà quý vị đã ký tắt ở trên

Xin lưu ý rằng người sẽ thảo luận về các quyền lợi là người hoặc đã được thuê mướn hay có hợp đồng với một chương trình Medicare. Họ không trực tiếp làm việc với chính phủ Liên Bang. Cá nhân này cũng có thể được trả lương dựa theo việc quý vị ghi danh vào một chương trình.

Ký mẫu đơn này KHÔNG ảnh hưởng đến tình trạng đang ghi danh của quý vị; nó cũng không ghi danh quý vị vào các Chương Trình Medicare Advantage, Bảo Hiểm Thuốc Theo Toa, hay các chương trình Medicare khác.

Chữ ký của Người Thụ Hưởng hay Chữ Ký Người Được Quyền Đại Diện, ngày tháng ký tên:

Chữ ký: Ngày tháng ký tên

Nếu quý vị là Người Được Quyền Đại Diện, yêu cầu quý vị ký tên ở trên và viết tên chữ in ở dưới

Tên người đại diện: Liên hệ với người được thụ hưởng:

Agent điền vào phần dưới đây

Tên Agent : Số điện thoại của Agent:

Tên người thụ hưởng: Số điện thoại của người thụ hưởng:

Địa chỉ của người thụ hưởng :

Viết tắt cách thức liên lạc:

Chữ ký của Agent Ngày tháng:

[Phần dành riêng cho Chương Trình:

Astiva Health là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Ghi danh với Astiva Health tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có dịch vụ giúp đỡ về ngôn ngữ, không tốn tiền. Xin gọi số 1-866-688-9021. (TTY: 711)

*Việc ghi giữ lại hồ sơ cuộc hẹn là điều đòi hỏi bởi các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare (CMS) *

H1993_4000SOA_V_C

Phần 1 – Phải điền đầy đủ các thông tin trong trang này (trừ nơi có ghi tùy nghi)

Chọn chương trình quý vị muốn gia nhập: Astiva Health Advantage – Quận Orange \$0 mỗi tháng 001
 Astiva Health Advantage – Quận San Diego \$0 mỗi tháng 003
 Astiva Health Value – Quận Orange \$31.50 mỗi tháng 002
 Astiva Health Value – Quận San Diego \$31.50 mỗi tháng 004



TÊN:		HỌ:		Viết tắt tên lót:	
Ngày sinh: (tháng/ngày/năm) (____/____/____)		Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Số điện thoại: ()	
Địa chỉ thường trú (Đừng ghi PO Box):					
Thành phố:		Quận:		Tiểu bang:	Mã số vùng:
Địa chỉ nhận thư, nếu khác địa chỉ thường trú (có thể dùng PO Box):					
Số nhà, tên đường:		Thành phố:		Tiểu bang:	Mã số vùng:
Thông tin về Medicare của Quý Vị:					
Medicare số: _____ - _____ - _____					
Trả Lời Các Câu Hỏi Quan Trọng Sau Đây:					
1. Ngoài Astiva Health, quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Tên các bảo hiểm khác:		Số thành viên bảo hiểm này :		Số Nhóm bảo hiểm này:	

2. Quý vị có ghi danh vào chương trình Medicaid của tiểu bang không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu có, xin cung cấp số Medicaid của quý vị _____					
QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên phía dưới:					
<ul style="list-style-type: none">Tôi phải giữ cả Bảo Hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để gia nhập Astiva Health.Thêm vào trong Bảo Hiểm Phần D: Tôi phải giữ Bảo Hiểm Bệnh viện (Phần A) hoặc Y tế (Phần B) để gia nhập Astiva Health.Qua việc gia nhập Chương trình Medicare Lợi Ích này hoặc Chương trình Thuốc Theo Toa của Medicare, tôi xác nhận rằng Astiva Health sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, nơi có thể xử dụng các thông tin này để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán chi phí, và cho các mục đích khác được luật Liên Bang chấp thuận cho phép thu thập thông tin này (xem Công bố về Đạo luật Quyền Riêng Tư phía dưới).Cung cấp thông tin trong mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không cung cấp có thể ảnh hưởng đến vấn đề ghi danh gia nhập chương trình.Thông tin trong mẫu ghi danh này là chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.Tôi hiểu rằng những người có Medicare nói chung không được Medicare bao trả khi ra khỏi Hoa Kỳ, ngoại trừ được bảo hiểm có giới hạn khi gần biên giới quốc gia này.Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Astiva Health của tôi bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các dịch vụ y tế và thuốc theo toa từ mạng lưới y tế của Astiva Health. Sẽ được bảo hiểm chi trả là các lợi ích và dịch vụ do Astiva Health cung cấp và có ghi trong tài liệu “Bảng Chứng Bảo Hiểm” Astiva Health của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận đặt mua). Cả Medicare và Astiva Health đều không chi trả các lợi ích hoặc dịch vụ không được bảo hiểm.Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền thay mặt tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn. Nếu được ký bởi người đại diện có ủy quyền (như được mô tả ở trang trước), chữ ký này xác nhận rằng:<ul style="list-style-type: none">1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này, và2) Giấy tờ xác nhận việc ủy quyền này hiện sẵn có nếu Medicare đòi hỏi.					
Chữ ký:			Hôm nay ngày:		
Nếu quý vị là người được ủy quyền đại diện, ký tên và điền phần dưới đây:					
Tên:		Địa chỉ:			
Số điện thoại:		Liên hệ với người nộp đơn:			

Phần 2 – Các thông tin trong trang này không bắt buộc

Việc trả lời các câu hỏi trong phần này là tùy nghi. Quý vị không thể bị bác đơn vì không điền các phần dưới đây. Xin chọn một nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh. Spanish Vietnamese

Xin chọn một nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin bằng dạng xem được. Braille In chữ lớn
Xin liên lạc Astiva Health số 1-866-688-9021 nếu quý vị cần thông tin qua các dạng khác những gì liệt kê phía trên. Văn phòng chúng tôi mở cửa 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng -8 giờ tối. Người xử dụng điện thoại TTY có thể gọi số đ. t. TTY 711

Quý vị có đi làm không? Có Không Người phối ngẫu có đi làm không? Có Không

Tên người nộp đơn (PCP) :	Viết tắt tên lót:	Họ:
IPA / Medical Group:	PCP ID#:	Có đang là bệnh nhân không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Liên lạc trong trường hợp khẩn cấp: Liên hệ: Số điện thoại: ()

Địa chỉ điện thư (E-mail):

Trả phí bảo hiểm hàng tháng

Nếu ghi danh vào Astiva Health Advantage 001 và 003 với phí bảo hiểm hàng tháng là \$0: Nếu chúng tôi xác định rằng quý vị nợ tiền phạt ghi danh muộn (hoặc nếu quý vị hiện đang bị phạt ghi danh muộn), chúng tôi cần biết quý vị muốn trả khoản tiền đó như thế nào.

Quý vị có thể trả qua đường bưu điện. Quý vị cũng có thể chọn đóng phí bảo hiểm bằng cách tự động khấu trừ mỗi tháng từ ngân phiếu (check) tiền An Sinh Xã Hội hay từ Quỹ Hưu Trí Nhân Viên Hỏa Xa (RRB) của mình. Nếu quý vị bị qui định Khoản tiền Điều chỉnh Hàng tháng liên quan đến việc Có Thu Nhập trong Phần D (D-IRMAA), quý vị sẽ được Cơ quan An sinh Xã hội thông báo. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm trả số tiền bổ sung này ngoài phí bảo hiểm của quý vị. Quý vị sẽ bị khấu trừ số tiền này từ tiền An sinh Xã hội của mình, hoặc sẽ được Medicare hay RRB trực tiếp gửi hóa đơn. **ĐỪNG trả cho Astiva Health phần D-IRMAA.**

Nếu ghi danh vào Astiva Health Value 002 và 004 với phí bảo hiểm hàng tháng: Quý vị có thể trả phí bảo hiểm hàng tháng của mình bao gồm mọi khoản phạt ghi danh trễ hiện có, hoặc có thể trả nợ qua hóa đơn. Quý vị cũng có thể chọn trả phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động khấu trừ mỗi tháng từ ngân phiếu (check) tiền An sinh Xã hội hoặc Quỹ Hưu Trí Hỏa Xa (RRB).

Nếu quý vị bị qui định Khoản tiền Điều chỉnh Hàng tháng liên quan đến việc Có Thu nhập trong Phần D (D-IRMAA), quý vị sẽ được Cơ quan An sinh Xã hội thông báo. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm trả số tiền bổ sung này ngoài phí bảo hiểm của quý vị. Quý vị sẽ bị khấu trừ số tiền này từ tiền An sinh Xã hội của mình, hoặc sẽ được Medicare hay RRB trực tiếp gửi hóa đơn. ĐỪNG trả cho Astiva Health phần D-IRMAA.

Nếu quý vị không chọn cách trả tiền, quý vị sẽ nhận được hóa đơn mỗi tháng.

Xin vui lòng chọn một cách thức trả tiền:

- Nhận hóa đơn
- Tự động khấu trừ từ tiền An sinh Xã hội hoặc từ Quỹ Hưu Trí Hỏa Xa (RRB) hàng tháng của quý vị (Việc khấu trừ từ tiền An sinh Xã hội / RRB có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu sau khi Cơ Quan An sinh Xã hội hoặc RRB chấp thuận khoản khấu trừ. Trong hầu hết các trường hợp, nếu An sinh Xã hội hoặc RRB chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, khoản khấu trừ đầu tiên từ ngân phiếu tiền An sinh xã hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản phí bảo hiểm tính từ ngày việc ghi danh của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm bắt đầu khấu trừ. Nếu An sinh Xã Hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi đến quý vị một hóa đơn phí bảo hiểm hàng tháng.)

*** Phần Chỉ Dành Riêng cho Văn Phòng**

Agent/broker: _____ NPN Number: _____

Agency: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

PRIVACY ACT STATEMENT

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 Medicare Advantage (MA) hoặc Thuốc Theo Toa (PDP), để cải tiến dịch vụ chăm sóc, và để trả chi phí các quyền lợi Medicare. Mục 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 thu thập thông tin này. CMS có thể xử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như đã được quy định trong Thông báo Hệ thống Hồ sơ (SORN) "Medicare Advantage"

Chứng Nhận Đủ Điều Kiện cho Một Thời Hạn Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Lợi Điểm (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 thời gian này. Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố 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 đủ điều kiện cho một Thời hạn Ghi danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị loại tên ghi danh.

- Tôi mới sử dụng Medicare.
- Tôi đã tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn làm một thay đổi trong Thời gian Ghi Danh Medicare Advantage (MA OEP).
- Gần đây tôi đã dọn ra ngoài khu vực phục vụ của chương trình bảo hiểm hiện tại của tôi hoặc tôi mới dọn đến và chương trình này là một lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã dọn ngày (ghi ngày). _____
- Gần đây tôi đã được thả ra khỏi tù. Tôi đã được thả ra vào (ghi ngày). _____
- Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ, tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (ghi ngày). _____
- Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi có tình trạng này ngày (ghi ngày tháng). _____
- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi trong mức trợ cấp Medicaid, hoặc bị mất Medicaid vào ngày (ghi ngày). _____
- Gần đây tôi đã có một sự thay đổi trong Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) của mình chi trả tiền Thuốc Theo Toa của Medicare (mới nhận được Trợ Giúp Bổ sung, đã có sự thay đổi về cấp độ Trợ giúp Bổ sung, hoặc mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào ngày (ghi ngày). _____
- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp trả phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ Giúp Bổ Sung chi cho bảo hiểm Thuốc Theo Toa Medicare của tôi, nhưng tôi chưa có một thay đổi nào.
- Tôi đang chuyển đến, sống trong, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (tỉ dụ: viện dưỡng lão, hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đi / sẽ chuyển đến / rời khỏi cơ sở vào ngày (ghi ngày tháng). _____
- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào ngày (ghi ngày). _____
- Gần đây tôi không tự ý mất bảo hiểm thuốc theo toa rất tốt của mình (bảo hiểm tốt như Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (ghi ngày). _____
- Tôi thuộc một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình bảo hiểm của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Việc tôi gia nhập vào chương trình đó bắt đầu vào (ghi ngày) _____
- Tôi đã gia nhập vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn hội đủ điều kiện có nhu cầu đặc biệt cần thiết để ở trong chương trình đó. Tôi đã bị rút tên khỏi SNP vào ngày (ghi ngày). _____
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi tình huống khẩn cấp liên quan đến thời tiết hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang (FEMA). Một trong những tuyên bố khác ở đây đã áp dụng đối với tôi, nhưng tôi không thể ghi danh vì thảm họa thiên nhiên.

Nếu không có tuyên bố nào áp dụng cho quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, xin liên lạc với Astiva Health tại 1-866-688-9021, người dùng TTY nên gọi 711 để xem mình có đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi mở cửa từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối tối 7 ngày một tuần.