

Mẫu Yêu Cầu Ghi Danh Medicare Advantage Năm 2024

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có bảo hiểm Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia vào một chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

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

Tôi sử dụng biểu mẫu này khi nào?

Quý vị có thể tham gia vào một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng đầu tiên nhận bảo hiểm Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, khi mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Mã Số Medicare của Quý Vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương)
- 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 - quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền vào phần này.

Lời nhắc:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình bảo hiểm trong giai đoạn ghi danh mở vào mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình đó phải nhận được biểu mẫu hoàn chỉnh của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hàng tháng của quý vị.

Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không có người nào buộc phải phân hồi việc thu thập thông tin trừ khi việc này 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 diễn những thông tin này ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét yêu cầu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ thứ gì có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến PRA Reports Clearance Office. Bất kỳ thứ gì chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc khó khăn của việc thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Các thứ đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần "Điều gì diễn ra sau đó?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Điều gì diễn ra sau đó?

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành và ký tên của quý vị bằng một trong ba lựa chọn bên dưới. Sau khi chương trình xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

01 Gửi qua đường bưu điện:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

02 Chụp và fax các trang của biểu mẫu đến:
503-574-8653

03 Chụp và gửi email các trang của biểu mẫu đến:
provMedicare@providence.org

Làm thế nào để tôi xin trợ giúp trong việc hoàn thành biểu mẫu này?

- Gọi cho Providence Medicare Advantage Plans theo số **503-574-6508** hoặc **1-855-234-2495 (TTY: 711)**.
- Hoặc, gọi cho Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. TTY: **1-877-486-2048**.
- En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** or **1-855-234-2495/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.

Những người đang gặp phải tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ nhà tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này đều là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0/tháng

Tên _____ Họ _____ Viết Tắt Tên Đệm (Tùy chọn) _____
 Ngày Sinh (tháng dạng 2 chữ số/ ngày dạng 2 chữ số/năm dạng 4 chữ số) _____ GIỚI TÍNH: Nam Nữ Số Điện Thoại (____) _____

Địa Chỉ Đường Phố Thường Trú (Không nhập Hộp Thư Bưu Điện)

Thành Phố _____ Quận (Tùy chọn) _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

Địa Chỉ Email _____

Địa Chỉ Gửi Thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (cho phép Hộp Thư Bưu Điện):

Địa Chỉ Đường Phố _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

Thông tin Medicare của quý vị:

Mã Số Medicare _____ - - - - - Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) Ngày Có Hiệu Lực (Tùy chọn) _____ / _____ / _____ Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) Ngày Có Hiệu Lực (Tùy chọn) _____ / _____ / _____

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

Quý vị có bảo hiểm nào khác ngoài các Providence Medicare Advantage Plans không? Có Không

Một số cá nhân có thể có bảo hiểm khác, bao gồm bảo hiểm tư nhân khác, TRICARE, bảo hiểm phúc lợi sức khỏe của nhân viên Liên Bang, phúc lợi VA hoặc các chương trình hỗ trợ dược phẩm của Tiểu Bang.

Nếu "có", vui lòng liệt kê bảo hiểm khác của quý vị và mã số nhận dạng (ID) của quý vị cho bảo hiểm này.

Tên của bảo hiểm khác

Mã ID của bảo hiểm này

Mã nhóm của bảo hiểm này

Xin đánh dấu tất cả các mục phù hợp: Medical Nhân khoa Nha khoa Thuốc theo toa

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải duy trì cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Providence Medicare Advantage Plans.
- Bằng việc tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Providence Medicare Advantage Plans sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên Bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố về Đạo Luật Quyền Riêng Tư bên dưới).
- Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi trong một chương trình MA khác (các trường hợp ngoại lệ được áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Thông tin trong mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo sự 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 hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Providence Medicare Advantage Plans bắt đầu, tôi phải nhận tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Providence Medicare Advantage Plans. Các quyền lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Providence Medicare Advantage Plans và có trong tài liệu "Chúng Thu Bảo Hiểm" của Providence Medicare Advantage Plans của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Providence Medicare Advantage Plans đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên mẫu đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu được ký bởi một đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 1. Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc ghi danh này, và
 2. Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ Ký

_____/_____/_____
Ngày Hôm Nay

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký ở trên và điền vào các trường dưới đây:

Tên

Địa Chỉ

() -

Số Điện Thoại

Mối quan hệ với người ghi danh

**CHỈ DÀNH CHO ĐẠI LÝ SỬ DỤNG**

Tên Đại Lý

_____/_____/_____
Ngày

NPN số

_____/_____/_____
Ngày yêu cầu bảo hiểm

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này là tùy chọn

Quý vị có toàn quyền lựa chọn có trả lời những câu hỏi này hay không. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không điền câu trả lời vào phần này.

Quý vị có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha?
Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Mỹ xuất thân từ Mexico | <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người nói tiếng Tây Ban Nha, người Mỹ La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Đúng, tôi là người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Chủng tộc của quý vị? Chọn tất cả các mục thích hợp.

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Nhật | <input type="checkbox"/> Người Việt |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Bản Xứ Hawai | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Đảo Thái Bình Dương khác | |
| <input type="checkbox"/> Người đảo Guam hoặc người Chamorro | <input type="checkbox"/> Người Samoa | |

Liệt kê Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Nếu quý vị không nêu tên một PCP, quý vị sẽ được chỉ định một PCP.

- Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Tây Ban Nha.
 Chọn ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Việt.

Chọn một ô nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị theo định dạng có thể tiếp cận được.

- Chữ nổi braille Bản in cỡ lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans theo số **1-800-603-2340** hoặc **503-574-8000** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể tiếp cận mà không thuộc các định dạng được nêu ở trên. Văn phòng của chúng tôi hoạt động bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương). Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có đi làm không?

- Có Không

Vợ/chồng quý vị có đi làm không?

- Có Không

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng của mình (bao gồm cả mọi khoản phạt ghi danh trễ mà quý vị hiện có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động khấu trừ từ phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (Railroad Retirement Board, 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, Phần D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này cùng với phí bảo hiểm chương trình của quý vị. 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 trả số tiền Phần D-IRMAA cho Providence Medicare Advantage Plans

Vui lòng chọn một lựa chọn thanh toán phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn hàng tháng - Sau khi nhận được hóa đơn đầu tiên, quý vị có thể chọn một lựa chọn thanh toán khác:
- Quý vị có thể thanh toán bằng thẻ tín dụng/thẻ ghi nợ hoặc tài khoản thanh toán/tiết kiệm: Thanh toán một lần hoặc định kỳ có thể được thực hiện qua tài khoản myProvidence của quý vị tại **myProvidence.com** hoặc thông qua trang web của Providence tại **Providence.org/PremiumPay**.
 - Quý vị có thể thanh toán qua điện thoại: Đường dây Tự Phục Vụ hoạt động 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần theo số **1-844-791-1468, TTY: 711**.
- Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội Đồng Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng của quý vị.
- Tôi nhận phúc lợi hàng tháng từ: An Sinh Xã Hội RRB

(Việc khấu trừ từ phúc lợi An Sinh Xã Hội/RRB có thể mất từ hai tháng trở lên để bắt đầu sau khi Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận khấu trừ. Quý vị có thể nhận được hóa đơn trong vài tháng đầu tiên trước khi bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi quý vị một lá thư cùng hóa đơn giấy cho khoản phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị).

TUYÊN BỐ ĐẠO LUẬT QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người hưởng quyền lợi trong các Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 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 hưởng quyền lợi Medicare như được quy định trong Hệ Thống Thông Báo Hồ Sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ Thống Số 09-70-0588.

Phản hồi của quý vị cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu quý vị không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng Thực Tính Đủ Điều Kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ mà quý vị có thể được phép ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô nếu tuyên bố đó đúng với 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 hội đủ điều kiện cho 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.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Tôi là người mới tham gia Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi sẽ rời bỏ bảo hiểm của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã có sự thay đổi về Trợ Giúp Bổ Sung để thanh toán bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (mới có Trợ Giúp Bổ Sung, đã có sự thay đổi về cấp độ Trợ Giúp Bổ Sung, hoặc bị mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12)</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (điền loại ghi danh đặc biệt đang được sử dụng) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đã ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở của Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3).</p> <p><input type="checkbox"/> 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 đã chuyển đi vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã được thả khỏi tù.
Tôi được thả vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sinh sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ.
Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> | <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có được tư cách này vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có sự thay đổi về Medicaid của mình (mới có Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi thuộc một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ Giúp Bổ Sung để thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của mình, nhưng tôi chưa có thay đổi.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đang 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/sẽ chuyển đến cơ sở vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____
Tôi đã/sẽ chuyển ra khỏi cơ sở vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Gần đây, tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare) không do tự nguyện.
Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sắp kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi
(điền ngày): ____ / ____ / ____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tôi đã được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) 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 mất tư cách đủ tiêu chuẩn về nhu cầu đặc biệt cần thiết để được tham gia vào chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một thay đổi quan trọng về mạng lưới với chương trình hiện tại của mình và đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Gần đây tôi đã nhận được thông báo về quyết định được hưởng Medicare từ một ngày có hiệu lực trở về trước. (Vui lòng đính kèm bản sao của thông báo đặc quyền của quý vị). Tôi đã được thông báo vào (điền ngày): ____ / ____ / ____

Tôi đã bị ảnh hưởng bởi một trường hợp 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 một tổ chức chính quyền Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương.)

Một trong các tuyên bố khác ở đây đúng với tôi, nhưng tôi không thể thực hiện yêu cầu ghi danh của mình vì thảm họa.

Tên của thảm họa gây ảnh hưởng:

Giai Đoạn Hội Đủ Điều Kiện đã bị bỏ lỡ do thảm họa: (ví dụ: giai đoạn ghi danh ban đầu, giai đoạn ghi danh hàng năm, giai đoạn ghi danh mở hoặc giai đoạn ghi danh đặc biệt).

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans theo số **1-800-603-2340** hoặc **503-574-8000** (người dùng TTY xin gọi 711) để xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).

