

Biểu Mẫu Yêu Cầu Ghi Danh Medicare Advantage 2025

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc đang cư trú hợp pháp ở 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 Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- 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 lần đầu tiên có Medicare
- Trong những tình huống nhất định mà quý vị được cho phép tham gia hay chuyển đổi chương trình

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

Tôi cần làm gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số có trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam 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. Mục trong Phần 2 là không bắt buộc — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền phần này.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (ngày 15 tháng 10–ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin của quý vị chậm nhất là ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để khấu trừ phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc trợ cấp An Sinh Xã Hội (hoặc Ban Hưu Trí Hỏa Xa) hàng tháng của mình.

Theo Đạo Luật Giảm Bớt Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), không một ai phải cung cấp thông tin trừ khi có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho biểu mẫu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính là khoảng 20 phút/phần hồi, bao gồm cả thời gian xem xét hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu có sẵn, thu thập dữ liệu cần thiết cũng như hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có nhận xét nào về tính chính xác của thời gian dự tính hoặc nếu có đề xuất để giúp cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư về: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG: Quý vị không nên gửi biểu mẫu hoặc bất kỳ hạng mục nào có thông tin cá nhân của mình (chẳng hạn như yêu cầu thanh toán bảo hiểm, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Xét Duyệt Báo Cáo PRA (PRA Reports Clearance Office). Bất kỳ hạng mục nào mà chúng tôi nhận được không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc để cập đến khó khăn trong việc thu thập thông tin (như đã nêu trong OMB 0938-1378) đều sẽ bị tiêu hủy. Thông tin đó sẽ không được giữ lại, xem xét hay chuyển tiếp cho chương trình. Xem phần "Cần làm gì tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu mà quý vị đã hoàn thành cho chương trình.

Cần làm gì tiếp theo?

Gửi biểu mẫu mà quý vị đã điền đầy đủ thông tin và ký tên bằng một trong ba cách bên dưới. Sau khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

01 Qua thư:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, HOẶC 97228-5548

02 Quét và gửi các trang qua fax đến:
503-574-8653

03 Quét và gửi các trang qua email đến:
provMedicare@providence.org

Tôi có thể xin trợ giúp ở đâu với biểu mẫu này?

- Hãy gọi đến Providence Medicare Advantage Plans qua số **503-574-6508** hoặc **1-855-234-2495** (TTY: 711).
- Hoặc gọi đến Medicare qua 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người vô gia cư

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

Phần 1 - Tất cả các trường trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

- Providence Medicare Dual Plus
(HMO D-SNP) - \$0 mỗi tháng
*Chương trình này có các yêu cầu ghi
danh đặc biệt. Để đủ điều kiện, quý vị
phải đủ tiêu chuẩn nhận đầy đủ quyền lợi
Medicaid và Medicare.

Ngày Bảo Hiểm Có Hiệu Lực Được Yêu Cầu (Tùy Chọn): ____ / ____ / ____
(phải là ngày đầu tiên của tháng)

Tên _____ Họ _____ Tên Đệm
(Không bắt buộc)
____ / ____ / ____ ()
Ngày Sinh (tháng/ngày/năm) GIỚI TÍNH: Nam Nữ Số Điện Thoại _____

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

Thành Phố _____ Quận (Không bắt buộc) _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

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

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã ZIP _____

Thông tin Medicare của quý vị:

____ - ____ - ____ Số Medicare
____ / ____ / ____ Bệnh Viện (Part A)
Ngày Hiệu Lực (Không Bắt Buộc)
____ / ____ / ____ Y Tế (Part B)
Ngày Hiệu Lực (Không bắt buộc)

Trả lời các câu hỏi quan trọng này:

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

Một số cá nhân có thể có bảo hiểm khác, bao gồm bảo hiểm tư nhân khác, TRICARE, Bảo hiểm quyền lợi sức khỏe của nhân viên liên bang, quyền lợi VA hoặc Chương trình hỗ trợ được phẩm tiểu bang.

Nếu “có”, hãy liệt kê các bảo hiểm khác của quý vị và số nhận dạng (identification, ID) của quý vị cho bảo hiểm này.

Tên bảo hiểm khác

Số ID cho bảo hiểm này

Mã số nhóm cho bảo hiểm này

Đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp:

Y tế Nhãn khoa Nha khoa Thuốc kê toa

Quý vị ghi danh vào chương trình Medicaid Tiểu Bang của mình chưa? Có Không

Nếu “có”, hãy cung cấp số Medicaid của quý vị: _____

Quý vị có đầy đủ quyền lợi của Oregon Health Plan (Medicaid) không? Có Không

QUAN TRỌNG: Hãy đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh Viện (Part A) và Y Tế (Part B) để tham gia Providence Medicare Advantage Plans.
- Khi tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi hiểu rằng Providence Medicare Advantage Plans 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, tiến hành thanh toán hay cho những mục đích khác mà được luật Liên Bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố Đạo Luật Quyền Riêng Tư (Privacy Act Statement) bên dưới). Việc quý vị phản hồi biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng mỗi thời điểm tôi chỉ có thể được ghi danh vào một chương trình MA – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc ghi danh của tôi ở chương trình MA khác (trừ khi đăng ký vào các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Providence Medicare Advantage Plans của mình bắt đầu, tôi phải nhận tất cả quyền lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ Providence Medicare Advantage Plans. Các quyền lợi và dịch vụ do Providence Medicare Advantage Plans cung cấp và có trong tài liệu “Chứng Từ Bảo Hiểm” Providence Medicare Advantage Plans của tôi (cũng được gọi là hợp đồng thành viên hay thỏa thuận đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Providence Medicare Advantage Plans đều sẽ không chi trả cho các quyền lợi và dịch vụ không được bao trả.
- Thông tin trên biểu mẫu ghi danh này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp để hành động thay cho tôi) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu do người đại diện được ủy quyền ký tên (như được mô tả bên trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 1. Người này được ủy quyền theo luật Liên Bang để hoàn thành quá trình ghi danh này, và
 2. Giấy ủy quyền này được cung cấp nếu Medicare yêu cầu.

Chữ Ký

____/____/____

Ngày Hôm Nay

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào những trường này:

Tên

Địa Chỉ

() -

Số Điện Thoại

Mối quan hệ với người ghi danh

Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này là không bắt buộc

Quý vị được chọn có trả lời những câu hỏi này hay không. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì không điền phần này.

Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha, người Latinh hay đến từ Tây Ban Nha không? Chọn tất cả những lựa chọn phù hợp.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người gốc Tây Ban Nha, người Latinh hay đến từ Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano | <input type="checkbox"/> Có, là người gốc Tây Ban Nha, người Latinh hay đến từ Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Có, người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |

Quý vị thuộc chủng tộc nào? Chọn tất cả những lựa chọn phù hợp.

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

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Nếu quý vị không cung cấp PCP, chúng tôi sẽ chỉ định PCP cho quý vị.

- 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 ô này nếu quý vị muốn nhận thông tin bằng tiếng Nga.

Chọn một tùy chọn nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng đọc được.

- Chữ nổi Braille Bản in chữ lớn CD âm thanh CD dữ liệu

Xin vui lòng liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans qua số **1-800-603-2340** hoặc **503-574-8000** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng đọc được không phải định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của văn phòng chúng tôi là 7 ngày một tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương). 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

Địa Chỉ Email

Chỉ dành cho những người giúp người ghi danh hoàn thành biểu mẫu này

Hãy hoàn thành phần này nếu quý vị là người (ví dụ: đại diện, người môi giới, cố vấn Chương Trình Trợ Giúp Bảo Hiểm Y Tế Tiểu Bang (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), thành viên gia đình hay bên thứ ba khác) giúp đỡ người ghi danh điền biểu mẫu này.

Tên

Mối quan hệ với người ghi danh

Chữ ký

Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ Đại Diện/Người Môi Giới)

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 thụ hưởng vào các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thực hiện thanh toán quyền lợi Medicare. Các Phần 1851 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội cũng như 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 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 đã nêu trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (System of Records Notice, SORN) "Thuốc Kê Toa Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Hệ Thống Số 09-70-0588. Việc quý vị phản hồi biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng tới việc ghi danh vào chương trình.

Xác Nhận Tư Cách Đủ Điều Kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 hàng năm. Có các ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Hãy đọc kỹ các câu sau đây và đánh dấu vào ô nếu câu đó đúng với quý vị.

Khi đánh dấu vào ô bất kỳ trong những ô bên dưới, quý vị xác nhận rằng, theo kiến thức tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Ghi Danh. Nếu chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tôi mới tham gia Medicare. | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã xin được tình trạng cư trú hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có tình trạng này vào (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (chèn ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có thay đổi trong Medicaid (mới có Medicaid, đã có thay đổi trong mức độ hỗ trợ Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã có thay đổi trong khoản chi trả Trợ Giúp Bổ Sung cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của mình (mới có Trợ Giúp Bổ Sung, đã có thay đổi trong mức độ Trợ Giúp Bổ Sung hoặc mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào (chèn ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Tôi tham gia chương trình hỗ trợ nhà thuốc mà tiểu bang của tôi cung cấp. |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã rời khỏi Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Tuổi (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) vào (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi sẽ ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (chèn ghi danh đặc biệt được dùng) _____ | <input type="checkbox"/> Tôi sẽ chuyển đến, sống ở hoặc gần đây đã chuyển khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển đến cơ sở này vào (chèn ngày): ____/____/____
Tôi đã chuyển/sẽ chuyển ra khỏi cơ sở này vào ngày (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Tôi đã ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh Mở Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP) (ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 hoặc gần đây tôi đã ghi danh vào chương trình MA trong Giai Đoạn Lựa Chọn Bảo Hiểm Ban Đầu của tôi). | <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã vô tình bị mất bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy của mình (bảo hiểm cũng tốt như Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã chuyển khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc gần đây tôi đã chuyển đi và chương trình này là lựa chọn mới cho tôi. Tôi đã chuyển đi vào (chèn ngày): ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng của họ với Medicare, hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng của họ với chương trình của tôi (chèn ngày): ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã ra tù. Tôi đã ra tù vào (chèn ngày): ____/____/____ | |
| <input type="checkbox"/> Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sống thường trú ở bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào (chèn ngày): ____/____/____ | |

- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh vào chương trình đó vào (chèn ngày): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____
- Tôi đã ghi danh vào Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (Special Needs Plan, SNP) nhưng tôi đã mất tư cách hưởng nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (chèn ngày): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____
- Gần đây tôi đã nhận được thông báo về quyết định quyền tham gia Medicare có hiệu lực hồi tố. (Hãy đính kèm bản sao thông báo về quyền tham gia.) Tôi đã được thông báo vào (chèn ngày): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

Nếu không câu nào ở trên đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, hãy liên hệ với Providence Medicare Advantage Plans qua số **1-800-603-2340** hoặc **503-574-8000** (người dùng TTY nên gọi 711) để xem liệu quý vị có đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi mở cửa làm việc 7 ngày một tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương).

