Số OMB: 0938-1378
Ngày hết hạn: 31/12/2026

Providence
Medicare Advantage Plans

Mẫu Yêu Cầu Ghi Danh Medicare Advantage năm 2026

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

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

Để tham gia một chương trình bảo hiểm, 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 khoản đài thọ bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần 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 bảo hiểm.

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 và số điện thoại thường trú

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.

Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?

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

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

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

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

Làm thế nào để tôi xin trợ giúp 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Những người đang gặp tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có hộ khẩu 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.

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 muộn 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 được 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 cá nhân nào bắt buộc phải phản hồi bản thu thập thông tin trừ khi trên đó có số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (Office of Management and Budget, OMB). Số kiểm soát hợp lệ của OMB cho lần thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để điền những thông tin này ước tính là trung bình 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên 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 để 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 tài liệu nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn Phòng Thẩm Định Báo Cáo theo Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ (Paperwork Reduction Act, PRA). Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được mà không liên quan đến việc cải thiện biểu mẫu này hoặc giảm bớt gánh nặng thu thập thông tin (như nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Tài liệu đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp cho chương trình. Xem phần "Điều gì sẽ diễn ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này 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 mỗi tháng]

Ngày Khoản Đài Thọ Có Hiệu Lực Theo Yêu Cầu (Tùy Chọn): ___ ___ /___ ___/___ ___
(phải là ngày đầu tiên của tháng)

Tên _____ Họ _____ Tên Đệm Viết Tắt (Tùy chọn) _____

__ __/__ __/__ __ __ __
Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)

GIỚI TÍNH: ☐ Nam ☐ Nữ

( ) -
Số Điện Thoại

Địa Chỉ Đường Phố Thường Trú (Không nhập Hộp Thư Bưu Điện. Lưu ý: Đối với những người đang gặp tình trạng vô gia cư, Hộp Thư Bưu Điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

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

Địa Chỉ Gửi Thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (cho phép sử dụng 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 khoản đài thọ nào khác ngoài Providence Medicare Advantage Plans không? ☐ Có ☐ Không

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

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

_____

Tên của khoản đài thọ khác

_____ _____

Mã số hội viên cho khoản đài thọ này Mã số nhóm cho khoản đài thọ này

Xin đánh dấu tất cả các mục phù hợp: ☐ Y tế ☐ Nhãn khoa ☐ Nha khoa ☐ Thuốc theo toa

LƯU Ý 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 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).
- Tôi hiểu rằng khi khoản đài thọ theo Providence Medicare Advantage Plans bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Providence Medicare Advantage Plans. Các phúc lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Providence Medicare Advantage Plans và có trong tài liệu "Chứng Từ 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 đài thọ. Cả Medicare và Providence Medicare Advantage Plans đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- 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 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 **Hôm Nay, Ngày**

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

_____ _____

Tên Địa Chỉ

( ) - _____

Số Điện Thoại Mối quan hệ với người ghi danh

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

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

Liệt kê Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (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 truy cập được.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Bản in cỡ lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

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 truy cập khác với định dạng được nêu ở trên. Chúng tôi làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Thứ Hai đến Thứ Sáu, ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9 (theo Giờ Thái Bình Dương).

Quý vị có đi làm không?
☐ Có ☐ Không

Vợ/chồng quý vị có đi làm không?
☐ Có ☐ Không

_____

Địa Chỉ Email

Thanh toán phí bảo hiểm 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 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 (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (Part 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 Part D-IRMAA cho Providence Medicare Advantage Plans.

Vui lòng chọn một tùy 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 tùy 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:** Dịch Vụ Tự Phục Vụ có sẵn 24 giờ một ngày, 7 ngày một 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 trợ cấp 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 lưu. 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).

Phần dành riêng cho những người trợ giúp người ghi danh hoàn thành biểu mẫu này

Hãy hoàn thành phần này nếu quý vị là người (tức là đại lý, người môi giới, cố vấn của Chương Trình Hỗ Trợ Bảo Hiểm Y Tế của Tiểu Bang [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], thành viên trong gia đình hoặc bên thứ ba khác) trợ giúp người ghi danh điền biểu mẫu này.

Tên

Mối quan hệ với người ghi danh

Chữ ký

Ngày

Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ dành cho các Đại Lý/Người Môi Giới)

TUYÊN BỐ VỀ 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), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các phúc 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 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 cho biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không phản hồi thì có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Chứng Thực Tình Trạng Đủ Điều Kiện trong 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 có thể cho phép quý vị 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 đủ điều kiện tham gia 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 là người mới tham gia Medicare.
- ☐ Tôi sẽ hủy ghi danh khỏi khoản đài thọ của chủ lao động hoặc nghiệp đoàn vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã có sự thay đổi về Trợ Giúp Thêm để thanh toán khoản đài thọ thuốc theo toa của Medicare (mới nhận Trợ Giúp Thêm, có sự thay đổi về mức Trợ Giúp Thêm, hoặc bị mất Trợ Giúp Thêm) vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Hàng Năm (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12)
- ☐ Tôi đang ghi danh trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (điền loại ghi danh đặc biệt đang được sử dụng) _____
- ☐ 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 hoặc tôi mới ghi danh vào chương trình MA trong Giai Đoạn Lựa Chọn Khoản Đài Thọ Ban Đầu).
- ☐ Gần đây, tôi đã chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại của mình hoặc tôi mới chuyển đến và có các tùy chọn mới dành cho tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi mới được ra tù. Tôi được ra tù vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau thời gian dài sống bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã trở lại Hoa Kỳ vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có được trạng thái này vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã có sự thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có sự thay đổi về mức hỗ trợ Medicaid, hoặc bị mất Medicaid) vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Tôi đang tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang đủ điều kiện, hoặc tôi đang mất sự hỗ trợ từ Chương Trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang.
  Ngày ghi danh (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
  Ngày mất tình trạng đủ điều kiện hoặc ngày thông báo, tùy theo ngày nào muộn hơn (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ 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 ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
  Tôi đã/sẽ chuyển ra khỏi cơ sở vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____
- ☐ Gần đây, tôi đã bị mất khoản đài thọ thuốc theo toa tín nhiệm của mình (khoản đài thọ tốt ngang với của Medicare).
  Tôi đã mất khoản đài thọ thuốc của mình vào ngày (điền ngày):____ ____ /____ ____/____ ____

☐ 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):____ ____ /____ ____/____ ____

☐ 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 ngày (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 cho nhu cầu đặc biệt cần thiết để được tham gia vào chương trình đó. Tôi đã bị hủy ghi danh khỏi SNP vào ngày (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 cho thông báo đặc quyền của quý vị). Tôi đã được thông báo vào ngày (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 bởi một tổ chức chính quyền Liên Bang, Tiểu Bang hoặc địa phương.)

Một trong những 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 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 quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt (Special Enrollment Period, SEP) sau, hãy gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-800-Medicare

- Bị hủy ghi danh liên quan đến biện pháp trừng phạt của CMS
- Không được thông báo đầy đủ về việc mất khoản đài thọ tín nhiệm
- Bị ảnh hưởng bởi một thay đổi đáng kể trong mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ do CMS thiết lập
- Đã ghi danh một Chương Trình vi phạm nghiêm trọng hợp đồng
- Có trường hợp ngoại lệ ngoài tầm kiểm soát khiến quý vị không thể gửi yêu cầu ghi danh Chương Trình kịp thời trong thời gian lựa chọn hợp lệ
- Có sự sai lệch trong tiếp thị trong quá trình quý vị ghi danh hoặc hủy ghi danh một Chương Trình
- Đã ghi danh hoặc không ghi danh Phần D do lỗi của nhân viên liên bang

> Nếu không có tuyên bố nào trong số này đúng với quý vị hoặc nếu 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 số 711) để xác định xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối 7 ngày trong tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối Thứ Hai đến Thứ Sáu, ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9 (theo Giờ Thái Bình Dương).

Providence
Medicare Advantage Plans