

# HƯỚNG DẪN CÁCH ĐIỀN ĐƠN

## QUYẾT ĐỊNH ĐĂNG KÝ DỊCH VỤ ONE CARE CỦA QUÝ VỊ

### QUAN TRỌNG!

Mẫu Đơn Quyết định Đăng ký One Care yêu cầu quý vị đưa ra quyết định về việc quý vị có muốn nhận bảo hiểm MassHealth và Medicare thông qua một chương trình của One Care hay không. Quý vị có quyền đặt câu hỏi trước khi quyết định xem One Care có phù hợp với quý vị hay không. *Quý vị sẽ vẫn có các phúc lợi Medicare và MassHealth của mình nếu quý vị tham gia chương trình One Care.*

Các chương trình One Care sẽ cung cấp tất cả các phúc lợi Medicare, MassHealth, và thuốc theo toa của quý vị, bao gồm các chương trình Medicare Phần D. Các chương trình One Care cũng sẽ cung cấp sự phối hợp chăm sóc và tiếp cận các dịch vụ cộng đồng như được mô tả trong Hướng dẫn Đăng ký One Care. Hướng dẫn Đăng ký One Care có thể được tải xuống từ trang web One Care tại: [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care).

Để biết thêm thông tin:

- ▶ Truy cập trang web One Care tại: [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care)
- ▶ Truy cập trang web của các chương trình One Care:
  - ◆ Commonwealth Care Alliance: [www.commonwealthonecare.org](http://www.commonwealthonecare.org)
  - ◆ Tufts Health One Care: <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-one-care>
  - ◆ UnitedHealthcare Connected: [www.uhccommunityplan.com/ma](http://www.uhccommunityplan.com/ma)

### Quý vị có thể cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn đăng ký One Care bằng cách điền vào **Đơn Quyết định Đăng ký One Care** này

Sử dụng mẫu đơn này để:

- ▶ Đăng ký chương trình One Care mới.
- ▶ Chuyển từ chương trình One Care quý vị hiện có sang một chương trình One Care khác, nếu có.
- ▶ Quyết định quý vị không còn muốn đăng ký One Care. Bảo hiểm của quý vị trong chương trình One Care sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng trong tháng.
- ▶ **QUAN TRỌNG:** Nếu quý vị nhận được thư từ MassHealth thông báo rằng quý vị đã được đăng ký vào một chương trình One Care, quý vị cũng có thể sử dụng mẫu đơn này để chọn một chương trình khác hoặc cho chúng tôi biết quý vị không muốn đăng ký tham gia One Care. Quý vị có 60 ngày kể từ ngày nhận được lá thư đầu tiên để điền vào mẫu đơn này và đưa ra lựa chọn khác trước khi dịch vụ One Care có hiệu lực.

### Cách điền Đơn Quyết định Đăng ký One Care

Để tham gia One Care hoặc thay đổi các chương trình One Care:

Đánh dấu vào ô bên cạnh chương trình One Care nào mà quý vị muốn tham gia.

- ▶ **QUAN TRỌNG:** Quý vị chỉ có thể chọn một chương trình One Care trong quận của quý vị.
- ▶ Để tìm hiểu quận quý vị đang sống có những chương trình nào, hãy xem trang "One Care Plans" trên trang web One Care tại: [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care).

**HOẶC** Nếu quý vị không muốn tham gia One Care:

Đánh dấu vào ô bên cạnh dòng chữ "Tôi không muốn đăng ký One Care."

- ▶ Nếu quý vị đánh dấu vào ô này và quý vị không tham gia chương trình One Care, quý vị sẽ vẫn tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc mà quý vị đang có.
- ▶ Nếu quý vị đánh vào ô này và chỉ có thể chọn một chương trình One Care, quý vị sẽ trở lại dùng Mass Health và Medicare Truyền Thống.

**Nếu quý vị có thắc mắc gì, xin gọi Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng MassHealth (Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều):** (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Nếu quý vị cần sự hỗ trợ đặc biệt để liên lạc với chúng tôi, quý vị có thể liên lạc Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng MassHealth hoặc MassHealth Disability Accommodations Ombudsman (Thanh tra về Hỗ trợ Đặc biệt cho Người khuyết tật) theo số (617) 847-3468 hoặc TTY: (617) 847-3788.

Thông tin này cũng có sẵn trực tuyến tại [www.mass.gov/one-care](http://www.mass.gov/one-care).



## ĐƠN QUYẾT ĐỊNH ĐĂNG KÝ ONE CARE

Vui lòng viết chữ in

TÊN: .....

ĐỊA CHỈ: .....

THÀNH PHỐ/TIỂU BANG/MÃ BƯU CHÍNH: .....

Số điện thoại ban ngày: .....

Ngày sinh: (Tháng/Ngày/Năm): ..... Giới tính:  Nữ  Nam

Quý vị có bị bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) không?  Có  Không

Số ID của MassHealth: .....

Số Medicare (số này có trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh dương của quý vị): .....

### Bảo Hiểm Y Tế Khác

Một số người có bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm khác để mua thuốc qua các bảo hiểm tư nhân, TRICARE, nhà tuyển dụng, công đoàn, Cục Quản lý Cựu chiến binh hoặc Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang.

Quý vị có bảo hiểm y tế nào khác ngoài MassHealth và Medicare không?  Có  Không

Nếu có, hãy điền thông tin dưới đây.

Tên chương trình bảo hiểm của quý vị (và nhà tuyển dụng, nếu có): .....

Số nhóm: ..... Số ID: .....

Tên chương trình bảo hiểm của quý vị (và nhà tuyển dụng, nếu có): .....

Số nhóm: ..... Số ID: .....

Nếu quý vị có bảo hiểm y tế khác, quý vị có thể không đăng ký One Care được.

### QUYẾT ĐỊNH ĐĂNG KÝ CỦA QUÝ VỊ

Vui lòng đánh dấu vào **một trong** các ô bên dưới để MassHealth biết quyết định đăng ký của quý vị.

Tufts Health One Care

Commonwealth Care Alliance (CCA)

UnitedHealthcare Connected

Tôi không muốn đăng ký One Care. (Nếu quý vị không ở trong chương trình One Care, điều này có nghĩa là quý vị sẽ tiếp tục nhận dịch vụ chăm sóc của mình như hiện tại; nếu quý vị hiện đang ở trong chương trình One Care, quý vị sẽ trở lại sử dụng dịch vụ của MassHealth và Original Medicare.)

**Vui lòng điền mặt trước và sau của mẫu đơn này và gửi lại trong phong bì kèm theo đến MassHealth:**

Địa Chỉ Bưu Chính:

HOẶC

Số Fax:

Health Insurance Processing Center

(617) 988-8903

ATTN: One Care Enrollment

PO Box 4405

Taunton, MA 02780

Vui lòng gửi lại cả hai trang của Đơn Quyết định Đăng ký One Care này đến MassHealth.

## Xin vui lòng đọc và ký tên dưới đây.

Khi quý vị ký vào mẫu đơn này, nghĩa là quý vị hiểu rõ những điều sau đây.

- ▶ Các chương trình của One Care có hợp đồng với chính phủ liên bang và chính phủ bang Massachusetts.
- ▶ Các dịch vụ y tế tôi nhận được từ chương trình bảo hiểm mới của tôi có thể khác với các dịch vụ tôi đã có trước đây.
- ▶ Tôi phải giữ Medicare Phần A, Phần B, và MassHealth.
- ▶ Tôi chỉ có thể tham gia một chương trình Medicare tại một thời điểm.
- ▶ Vì tôi tham gia một chương trình bảo hiểm của One Care, tôi sẽ không còn ghi danh trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác hoặc bảo hiểm thuốc theo toa khác của Medicare.
- ▶ Tôi phải thông báo cho Medicare và MassHealth về bất kỳ bảo hiểm thuốc theo toa nào mà tôi có hoặc có thể nhận trong tương lai.
- ▶ Nếu tôi chuyển đi nơi khác, tôi cần báo với MassHealth.
- ▶ Là thành viên của chương trình One Care, tôi có quyền khiếu nại nếu tôi không đồng ý với các quyết định của chương trình One Care về khoản thanh toán hoặc về các dịch vụ.
- ▶ Các chương trình One Care thường không trả bảo hiểm cho người dân khi họ đi ra nước ngoài.
- ▶ Vào ngày bảo hiểm chương trình One Care của tôi bắt đầu, tôi sẽ có quyền tiếp cận với các bác sĩ hiện tại của tôi trong 90 ngày. Sau 90 ngày, tôi phải nhận sự chăm sóc sức khỏe từ các bác sĩ và hiệu thuốc của chương trình One Care, ngoại trừ trường hợp khẩn cấp hoặc chăm sóc cần thiết ngay lập tức, điều trị thận ngoài khu vực, hoặc nếu tôi nhận được sự chấp thuận của chương trình One Care để gặp các bác sĩ khác trong một số trường hợp. Chương trình One Care của tôi sẽ giúp tôi tìm các bác sĩ mới nếu cần.
- ▶ Nếu tôi cần gặp bác sĩ hoặc các y sĩ khác không có trong chương trình One Care của mình, tôi có thể phải tự trả tiền túi của mình cho các dịch vụ tôi nhận được.
- ▶ Tôi hiểu rằng nếu một đại lý hay tư nhân bán bảo hiểm được thuê bởi chương trình One Care giúp tôi ghi danh, chương trình One Care có thể trả tiền cho người đó.
- ▶ Khi tham gia chương trình One Care, tôi biết rằng chương trình One Care có thể chia sẻ thông tin của tôi với Medicare và MassHealth và các chương trình khác khi cần thiết để dùng cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe.
- ▶ Tôi hiểu rằng thuốc theo toa được bảo hiểm trả, nhưng không phải lúc nào cũng là loại tôi đang dùng. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được tiếp tục nhận các loại thuốc tôi đang sử dụng ít nhất 30 ngày, cho đến khi tôi có thể chuyển sang dùng một loại thuốc khác.
- ▶ Tôi biết rằng chương trình One Care của tôi có thể chia sẻ thông tin của tôi, bao gồm thông tin thuốc theo toa của tôi, với Medicare và MassHealth. Họ có thể phát hành thông tin này cho mục đích nghiên cứu và các mục đích khác, theo quy định của luật liên bang, tiểu bang, và các quy định khác.
- ▶ Thông tin trên mẫu đơn này chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai sự thật trên đơn này, tôi sẽ bị loại ra khỏi chương trình One Care của mình.
- ▶ Chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền của tôi) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu đơn này. Nếu một đại diện được ủy quyền ký tên, chữ ký của người đó có nghĩa là họ được ủy quyền theo luật tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này, và tài liệu chứng minh sự ủy quyền này sẽ được cung cấp khi được yêu cầu từ Medicare và/hoặc MassHealth.

**Chữ ký của quý vị:** ..... **Ngày/tháng/năm:** .....

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải cung cấp các thông tin sau, đồng thời ký tên và ghi ngày tháng bên dưới.

Tên (Vui lòng viết hoa): ..... Chữ ký: .....

Địa chỉ: ..... Số điện thoại: .....

Mối quan hệ với người đăng ký: ..... Ngày: .....

Vui lòng gửi lại cả hai trang của *Đơn Quyết định Đăng ký One Care* này đến MassHealth.