NaviCare®

Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ về các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi và trao đổi với người đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-877-255-7108 (TRS 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu (7 ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3).

Hiểu rõ các quyền lợi

- ☐ Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ tất cả các khoản đài thọ và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét kỹ khoản đài thọ, chi phí và quyền lợi của chương trình bảo hiểm trước khi quý vị ghi danh. Truy cập {fallonhealth.org/navicare} hoặc gọi số 1-877-255-7108 (TRS 711) để xem hoặc yêu cầu một bản sao EOC.
- ☐ Xem lại Danh Bạ Nhà Cung Cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị đang khám hiện có trong mạng lưới. Nếu họ không có tên trong danh sách, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem xét Danh Bạ Nhà Thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc quý vị đang sử dụng để mua bất kỳ loại thuốc theo toa nào có trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có trong danh sách, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua thuốc theo toa của mình.
- ☐ Xem xét danh mục thuốc để đảm bảo rằng các loại thuốc của quý vị được đài thọ.

Hiểu rõ các quy tắc quan trọng

- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2027.
- ☐ Quý vị vẫn phải thanh toán khoản phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình trừ khi Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts thanh toán khoản phí bảo hiểm này cho quý vị. Phí bảo hiểm này thường được trừ từ séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ Ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp hoặc cấp cứu, chúng tôi không đài thọ cho dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong Danh Bạ Nhà Cung Cấp).
- ☐ Chương trình này là chương trình nhu cầu đặc biệt dành cho người đủ điều kiện hưởng cả hai chương trình (dual eligible special needs plan, D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên các điều kiện sau: 1) Quý vị phải từ 65 tuổi trở lên, 2) Quý vị phải có MassHealth Standard và Medicare Phần A và B, 3) quý vị phải sống trong khu vực dịch vụ (toàn bộ bang Massachusetts, ngoại trừ các quận Dukes và Nantucket), 4) Quý vị không được có bất kỳ hình thức bảo hiểm y tế toàn diện nào khác ngoại trừ Medicare.

fallon health

NaviCare là một chương trình tham gia tự nguyện phối hợp với MassHealth/EOHHS và CMS.

H8928_260006VT_C Approved 08082025 25-679-060VT Rev. 00 6/25

- **Ảnh hưởng đến khoản đài thọ hiện tại.** Nếu quý vị hiện đang ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage, khoản đài thọ chăm sóc sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ chấm dứt ngay khi khoản đài thọ Medicare Advantage mới bắt đầu. Nếu quý vị có TRICARE, khoản đài thọ của quý vị có thể bị ảnh hưởng khi khoản đài thọ Medicare Advantage mới bắt đầu. Vui lòng liên hệ với TRICARE để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có chương trình Medigap, khi khoản đài thọ Medicare Advantage mới bắt đầu, quý vị có thể muốn hủy hợp đồng bảo hiểm Medigap của mình, vì quý vị sẽ phải trả phí cho khoản đài thọ mà quý vị không thể sử dụng.

Đây là biểu mẫu dành cho những người có quyền lợi MassHealth Standard và Medicare Phần A và Phần B, đồng thời chọn ghi danh tham gia NaviCare® HMO SNP.

Mẫu Ghi Danh MassHealth Senior Care Options (SCO) & Medicare Advantage

Thông Tin Về MassHealth

▶ **Quý vị có ghi danh tham gia MassHealth hay không?** Có ☐ Không ☐

Vui lòng ghi mã ID MassHealth hoặc đính kèm một bản sao thẻ MassHealth của quý vị. Mã MassHealth là một mã gồm 12 chữ số bên dưới tên quý vị. Mã ID MassHealth: _____

Để ghi danh vào một tổ chức chăm sóc người cao tuổi, quý vị phải đủ 65 tuổi trở lên, có các quyền lợi MassHealth Standard và Medicare Phần A và Phần B, sống trong NaviCare khu vực dịch vụ, không có bảo hiểm y tế toàn diện khác (ngoại trừ Medicare) và hiện không phải bệnh nhân tại bệnh viện chuyên điều trị bệnh mạn tính. Để đăng ký MassHealth, hãy gọi 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 đối với người khiếm thính, người suy giảm thính lực hoặc khuyết tật khả năng nói).

▶ **Tên của bác sĩ chăm sóc chính mà quý vị lựa chọn:** _____

Thông Tin Hội Viên

Họ	Tên	Chữ cái đầu tên đệm:	Ông ☐ Bà ☐ Cô ☐
Ngày sinh	Định dạng ưu tiên cho tài liệu ☐ Chữ nổi Braille ☐ Bản in chữ lớn ☐ Âm thanh CD* ☐ CD dữ liệu ☐ Khác _____ *Các tin nhắn âm thanh sẽ không được mã hóa nên có thể bị người khác chặn. Khi chọn âm thanh, quý vị đồng ý nhận các tin nhắn âm thanh này mà không cần mã hóa.		
Giới tính Nam ☐ Nữ ☐	Ngôn ngữ viết ưu tiên	Ngôn ngữ nói ưu tiên	

Địa chỉ thường trú (nơi quý vị sinh sống)

Địa chỉ đường phố		Thành phố/thị trấn
Tiểu bang	MÃ ZIP	Số điện thoại nhà riêng
Số điện thoại di động (không bắt buộc) (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ☐ Tôi cho phép Fallon Health gửi cho tôi các tin nhắn văn bản liên quan đến các quyền lợi và dịch vụ chương trình của tôi.		Địa chỉ email (không bắt buộc) _____ ☐ Tôi cho phép Fallon Health gửi cho tôi các email liên quan đến các quyền lợi và dịch vụ chương trình của tôi.

Địa chỉ gửi thư (nơi quý vị nhận thư, nếu khác với nơi quý vị sống)

Địa chỉ đường phố		Thành phố/thị trấn
Tiểu bang	MÃ ZIP	Số điện thoại

Nếu quý vị đang sống tại **cơ sở điều dưỡng**, hãy nhập tên và địa chỉ cơ sở đó ở đây.

Tên cơ sở điều dưỡng		
Địa chỉ đường phố		Thành phố/thị trấn
Tiểu bang	MÃ ZIP	Số điện thoại

Thông Tin Medicare

▶Vui lòng lấy chiếc thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị ra để hoàn thành phần này.

- Điền thông tin này khi thông tin xuất hiện trên thẻ Medicare của quý vị.

  - HOẶC -

- Đính kèm bản sao thẻ Medicare của quý vị hoặc thư từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội hoặc Ban Hưu Trí Đường Sắt.

Quý vị phải có Medicare Phần A và Phần B thì mới được tham gia chương trình Medicare Advantage.

Tên (như tên trên thẻ Medicare của quý vị):

_____

Số Medicare: _____

Được nhận: Ngày có hiệu lực:

❑ DỊCH VỤ BỆNH VIỆN (Phần A)

_____

❑ DỊCH VỤ Y TẾ (Phần B)

_____

Bảo Hiểm Sức Khỏe Khác

▶Quý vị có bảo hiểm sức khỏe nào khác ngoài Medicare và MassHealth không? Có ☐ Không ☐

Nếu quý vị trả lời có, thì tên của loại bảo hiểm đó là gì? _____

Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Của Quý Vị

Bằng việc hoàn tất mẫu ghi danh này, tôi đồng ý với những điều sau đây:

NaviCare là một chương trình Chăm Sóc Phối Hợp có hợp đồng với Medicare và hợp đồng với chương trình Medicaid của Khối Thịnh Vượng Chung Massachusetts. Việc ghi danh tham gia chương trình chỉ khả thi nếu chương trình được gia hạn hợp đồng với Medicare. Đây là chương trình tự nguyện dành cho bất kỳ ai từ 65 tuổi trở lên đủ điều kiện nhận MassHealth Standard và Original Medicare, đồng thời không có bất kỳ bảo hiểm sức khỏe toàn diện nào khác, ngoại trừ Medicare. Tôi sẽ cần duy trì MassHealth Standard và Medicare Phần A và B của mình. Tôi chỉ có thể tham gia một chương trình Medicare Advantage tại một thời điểm và tôi hiểu rằng ghi danh của tôi trong chương trình này sẽ tự động kết thúc khi tôi ghi danh một chương trình sức khỏe Medicare hoặc chương trình thuốc theo đơn khác. Tôi có trách nhiệm thông báo cho quý vị về bao trả thuốc theo đơn mà tôi có hoặc có thể có sau này. Vì tôi có MassHealth và Medicare Phần A và Phần B, nên tôi có thể rời khỏi NaviCare bất cứ lúc nào. Tôi sẽ không được NaviCare bao trả vào ngày đầu tiên của tháng kế tiếp sau tháng tôi yêu cầu rời khỏi NaviCare. (Ví dụ: Tôi yêu cầu rời khỏi chương trình này vào ngày 10 tháng 7; tôi không còn được bao trả bởi chương trình này vào ngày 1 tháng 8.)

NaviCare phục vụ một khu vực dịch vụ cụ thể. Nếu chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của NaviCare, tôi sẽ cần thông báo cho chương trình để tiến hành hủy ghi danh và tìm một chương trình mới ở khu vực mới. Sau khi trở thành hội viên của NaviCare,
tôi có quyền khiếu nại nếu không đồng ý với các quyết định liên quan đến việc thanh toán hoặc đến dịch vụ. Tôi sẽ đọc nội dung Chứng Từ Bảo Hiểm của NaviCare sau khi nhận nhằm nắm rõ các quy định cần tuân thủ để được bảo hiểm theo chương trình Medicare Advantage. Tôi hiểu rằng đối tượng thụ hưởng Medicare thường không được bao trả theo Medicare khi ở nước khác trừ khi bao trả hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.

Tôi hiểu rằng kể từ ngày NaviCare bắt đầu bao trả, thì mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đều phải do NaviCare cung cấp, trừ trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ khẩn cấp cần thiết hay dịch vụ chạy thận ngoài khu vực dịch vụ. Các dịch vụ được NaviCare ủy quyền và các dịch vụ khác có trong tài liệu Chứng Từ Bảo Hiểm của tôi NaviCare (còn được gọi là hợp đồng hội viên hay thỏa thuận với người đăng ký) sẽ được bao trả. Nếu không được ủy quyền, THÌ CẢ MEDICARE VÀ NAVICARE ĐỀU SẼ KHÔNG THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ ĐÓ.

Tôi hiểu rằng nếu tôi đang nhận hỗ trợ từ đại lý bán hàng, người môi giới hoặc người được thuê hoặc ký hợp đồng với NaviCare, thì họ có thể được trả thù lao dựa trên việc tôi ghi danh vào NaviCare.

Tiết Lộ Thông Tin

Bằng cách tham gia chương trình sức khỏe Medicare, tôi công nhận rằng chương trình sức khỏe Medicare sẽ cung cấp thông tin của tôi cho Medicare và các chương trình khác khi cần để điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác. Tôi cũng chấp nhận cho NaviCare tiết lộ thông tin của tôi cho Medicare. Medicare có thể tiết lộ thông tin này cho mục đích nghiên cứu và mục đích khác theo tất cả các quy chế và quy định hiện hành của liên bang. Thông tin ghi trên mẫu ghi danh này là chính xác theo mức độ hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên mẫu đơn 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 thay mặt cá nhân theo luật pháp của tiểu bang nơi cá nhân sinh sống) trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung của đơn này. Nếu có chữ ký của một cá nhân được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng: 1) người này đã được ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn tất việc ghi danh này và 2) khi Medicare yêu cầu NaviCare sẽ phải cung cấp giấy tờ chứng minh sự ủy quyền này.

Một trong những Người Đại Diện Phòng Dịch Vụ Ghi Danh sẽ gọi cho quý vị trong vòng 10 ngày tiếp theo để xác nhận thông tin trên mẫu này và để đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ các quy tắc của chương trình.

Vui lòng cung cấp số điện thoại mà chúng tôi có thể sử dụng để gọi: _____

Thời gian gọi tốt nhất: _____ ***sáng*** _____ ***chiều*** _____ ***tối***

Vui lòng chuyển sang trang tiếp theo. ▶

Chữ ký

Chữ ký: _____

Tên viết in hoa: _____

Ngày hôm nay: _____

Nếu quý vị đã chọn một người đại diện được ủy quyền thì người đại diện được ủy quyền phải ký vào bên trên và cung cấp thông tin sau.

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại chính: _____

Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Chỉ Dành Cho VănPhòng

Ngày nhận: _____

Tên của nhân viên/đại lý/người môi giới *(nếu quý vị được hỗ trợ trong quá trình ghi danh):*

_____

Tên nhà môi giới/đại lý: _____ Số giấy phép hành nghề tại Massachusetts: _____

Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ nhà môi giới/đại lý): _____

Số ID Chương Trình: _____

Ngày có hiệu lực bảo hiểm: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____

SEP (loại): _____ Không Đủ Điều Kiện: _____

Lưu ý