ទម្រង់នេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ MassHealth Standard និង Medicare ផ្នែក A និង B ហើយជ្រើសរើសចុះឈ្មោះចូល NaviCare®។

MassHealth Senior Care Options (SCO) & ទម្រង់ចុះឈ្មោះចូលរបស់ Medicare Advantage

▶ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម ☐ **NaviCare® HMO SNP** ☐ **NaviCare® NHC HMO SNP**

ព័ត៌មាន MassHealth

▶តើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង MassHealth ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

សូមសរសេរលេខ ID នៃ MassHealth របស់អ្នក ឬភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណ MassHealth របស់អ្នក។ Your MassHealth number is the 12-digit number under your name. លេខ MassHealth ID: _____

ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងអង្គភាពថែទាំមនុស្សចាស់ជរា អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ និងមាន MassHealth Standard និងមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក A និង B និងរស់នៅក្នុង NaviCare ***តំបន់សេវា មិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទូលំទូលាយផ្សេងទៀត (លើកលែងតែ Medicare) និងមិនមែនជាអ្នករស់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនោះឡើយ។*** ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ MassHealth សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 សម្រាប់មនុស្សថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិការនិយាយ)។

▶ឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមដែលអ្នកបានជ្រើសរើស៖ _____

ព័ត៌មានអំពីសមាជិក

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	MI	លោក ☐ លោកស្រី ☐ អ្នកនាង ☐

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទម្រង់ដែលពេញចិត្តសម្រាប់ឯកសារនានា ☐ អក្សរស្មាប ☐ អក្សរពុម្ពធំ ☐ សំឡេង CD* ☐ CD ទិន្នន័យ ☐ ផ្សេងទៀត _____ * សារជាសំឡេងនឹងមិនត្រូវបានអ៊ិនគ្រីបទេ ដែលមានន័យថាសារជាសំឡេងទាំងនោះអាចនឹងត្រូវបានស្ទាក់ចាប់ដោយអ្នកដទៃ។ តាមរយៈការជ្រើសរើសសំឡេង អ្នកយល់ព្រមទទួលសារជាសំឡេងទាំងនេះដោយគ្មានការអ៊ិនគ្រីប។

ភេទ ប្រុស ☐ ស្រី ☐	ភាសាសរសេរដែលចង់បាន	ភាសានិយាយដែលចង់បាន

អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ (កន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ
លេខទូរសព្ទដៃ (ជាជម្រើស) (___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ☐ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Fallon Health ផ្ញើសារមកខ្ញុំដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវារបស់គម្រោង។		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ជាជម្រើស) _____ ☐ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Fallon Health ផ្ញើអ៊ីមែលមកខ្ញុំដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។

អាសយដ្ឋានប្រសៃណីយ៍ (កន្លែងដែលអ្នកទទួលសំបុត្រប្រសៃណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទ

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុង**មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់** សូមបញ្ចូលឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៅទីនេះ។

ឈ្មោះមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ		ក្រុង/សង្កាត់
រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	លេខទូរសព្ទ

ព័ត៌មាន Medicare

▶សូមដកបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវរបស់អ្នកចេញ ដើម្បីបំពេញផ្នែកនេះ។

- បំពេញព័ត៌មាននេះ ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើបណ្ណ Medicare។

- ឬ -

- ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណ Medicare របស់អ្នក ឬលិខិតរបស់អ្នកពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍។

អ្នកត្រូវតែមាន Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage។

ឈ្មោះ (ដូចដែលវាបង្ហាញនៅលើបណ្ណ Medicare របស់អ្នក)៖

_____

លេខ Medicare៖

_____

មានសិទ្ធិទទួលបាន៖	កាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាព៖
❑ មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A)	_____
❑ មន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក B)	_____

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងៗ

▶តើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្រៅពី Medicare និង MassHealth ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថាមាន តើការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនោះមានឈ្មោះអ្វី? _____

ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

ដោយការបំពេញពាក្យសុំចុះឈ្មោះនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមតាមដូចខាងក្រោម៖

NaviCare HMO SNP/NaviCare NHC HMO SNP គឺជាគម្រោងតម្រូវការពិសេសពីរប្រភេទ (D-SNP) ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និង កិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid)។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យារបស់គម្រោងជាមួយ Medicare។ គម្រោងនេះគឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្តដែលមានសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ MassHealth Standard និង Original Medicare ហើយមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយផ្សេងទៀតទេ លើកលែងតែ Medicare។ ខ្ញុំនឹងត្រូវរក្សា MassHealth Standard របស់ខ្ញុំ និង Medicare ផ្នែក A និង B របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage តែមួយក្នុងពេលតែមួយ ហើយខ្ញុំយល់ថាការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ឬគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលខ្ញុំមាន ឬអាចទទួលបាននាពេលអនាគត។ ដោយសារខ្ញុំមាន MassHealth និង Medicare ផ្នែក A និង B ខ្ញុំអាចចាកចេញ NaviCare គ្រប់ពេល។ ខ្ញុំនឹងលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ NaviCare នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ពីខែដែលខ្ញុំស្នើសុំចាកចេញ NaviCare ទៀតហើយ។ (ឧទាហរណ៍៖ ខ្ញុំស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីគម្រោងនេះនៅថ្ងៃទី 10 ខែកក្កដា ខ្ញុំមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងនេះទៀតទេនៅថ្ងៃទី 1 ខែសីហា។)

NaviCare បម្រើសេវានៅតំបន់សេវាកម្មជាក់លាក់។ ប្រសិនបើខ្ញុំផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់ដែល NaviCare បម្រើសេវានោះ ខ្ញុំត្រូវជូនដំណឹងអំពីគម្រោងនេះ ដើម្បីឱ្យខ្ញុំលុបឈ្មោះចេញ និងស្វែងរកគម្រោងថ្មីនៅក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់ខ្ញុំ។ នៅពេលដែលខ្ញុំជាសមាជិកនៃ NaviCare ខ្ញុំមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តលើគម្រោងការបង់ប្រាក់ឬសេវាកម្មប្រសិនបើខ្ញុំមិនយល់ស្របនឹងពួកគេ។ខ្ញុំនឹងអានសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកពី NaviCare នៅពេលដែលខ្ញុំទទួលបានរសៀវភៅនោះដើម្បីដឹងពីវិធានដែលខ្ញុំត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងគម្រោង Medicare Advantage នេះ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកទទួលផលពី Medicare ជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ពេលនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។

ខ្ញុំយល់ថា ចាប់ពីថ្ងៃ NaviCare ដែលធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំពី NaviCare លើកលែងតែសេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬសេវាលាងឈាមក្រៅតំបន់។ សេវាកម្មអនុញ្ញាតដោយ NaviCare និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុង NaviCare ឯកសារសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិករបស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានស្គាល់ថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ បើគ្មានការអនុញ្ញាត ទាំង MEDICARE និង NAVICARE នឹងមិនបង់ថ្លៃសេវានោះទេ។

ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំកំពុងទទួលបានជំនួយពីភ្នាក់ងារលក់ ឈ្មួញកណ្តាល ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលជួលដោយ ឬចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ NaviCare គាត់អាចនឹងត្រូវបានផ្តល់សំណងដោយផ្អែកលើការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុង NaviCare។

ការចេញផ្សាយព័ត៌មាន

តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោងសុខភាព Medicare នឹងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare និងគម្រោងផ្សេងទៀតតាមការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ថា NaviCare នឹងចេញផ្សាយព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំទៅ Medicare ដែលអាចចេញផ្សាយព័ត៌មាននោះសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ និងគោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធដែលអាចអនុវត្តបាន។ ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។

ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសបុគ្គលក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋដែលបុគ្គលនោះរស់នៅ) នៅលើពាក្យសុំនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖ 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះនេះ ហើយ 2) ឯកសារនៃអាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំ ដោយ NaviCare ឬដោយ Medicare ។

អ្នកតំណាងផ្នែកសេវាចុះឈ្មោះរបស់យើងម្នាក់នឹងទូរសព្ទមកអ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទនេះ ហើយត្រូវប្រាកដថាអ្នកយល់ពីច្បាប់នៃគម្រោងរបស់យើង។

សូមផ្តល់លេខទូរសព្ទដែលយើងអាចប្រើសម្រាប់ការហៅទូរសព្ទនោះ៖ _____

ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីហៅទូរសព្ទ៖ _____ ***ពេលព្រឹក*** _____ ***ពេលរសៀល*** _____ ***ពេលល្ងាច***

សូមចូលទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់។ ▶

ហត្ថលេខា៖

ហត្ថលេខា៖_____

ឈ្មោះជាអក្សរធំ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកបានជ្រើសរើសតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិត្រូវតែចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម។

ឈ្មោះ៖ _____

អាសយដ្ឋាន _____

លេខទូរសព្ទចម្បង៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ប្រើសម្រាប់ការិយាល័យតែប៉ុណ្ណោះកាលបរិច្ឆេទទទួល៖ _____

ឈ្មោះបុគ្គលិក/ភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល*(ប្រសិនបើមានជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះ)*៖

_____

ឈ្មោះភ្នាក់ងារ/ឈ្មួញកណ្តាល៖ _____ Mass. Lic#: _____

លេខអ្នកផលិតថ្នាក់ជាតិ(ឈ្មួញកណ្តាល/ភ្នាក់ងារតែប៉ុណ្ណោះ)៖_____

លេខសម្គាល់គម្រោង៖ _____

កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រងមានប្រសិទ្ធភាព៖ _____

ICEP/IEP៖ _____ OEP៖ _____ AEP៖ _____

SEP (ប្រភេទ)៖ _____ មិនមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ _____

កំណត់សម្គាល់