

CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare–Medicaid Plan) Aplikasyon na Form

Upang sumali sa Plano ng CareAdvantage Cal MediConnect (Plano ng Medicare-Medicaid), kailangang mayroon kayong Bahagi A ng Medicare, Bahagi B ng Medicare, at Medi-Cal sa pamamagitan ng Health Plan ng San Mateo (HPSM). Maaari din kayong tumawag sa **1-888-252-3153** upang sumali sa CareAdvantage CMC. Ang tawag ay libre.

Sabihin ang tungkol sa inyong sarili:

*Pangalan _____ Letra ng Apelyido ng Ina _____ *Apelyido _____
m m / d d / y y y y _____ Lalaki Babae _____
*Petsa ng Kapanganakan _____ *Kasarian _____ Email Address: _____
(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
Numero ng telepono _____ Ibang numero ng telepono _____

Address ng inyong tirahan:

*Address _____ Lungsod _____ Lungsod _____ Zip code _____ County (optional) _____

Address ng lugar kung saan ninyo kinukuha ang liham (kung iba sa lugar na tinitirahan ninyo):

Address _____ Lungsod _____ Lungsod _____ Zip code _____ County (optional) _____

_____ (_____) _____ - _____
Pangalan ng taong tatawagan sa panahon ng emerhensya: Telepono ng taong tatawagan sa panahon ng emerhensya: _____

Kung kayo ay hindi katutubong nagsasalita ng Ingles, maaari kayong tumawag sa **1-888-252-3153** upang makakuha ng form sa ibang wika. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1** (California Relay Service).

Anong wika ang mas gusto ninyo? (Pumili ng isa)

Sa pagsasalita: Ingles Espanyol Tagalog Tsino Ruso Iba pa: _____

Sa pagbabasa: Ingles Espanyol Tagalog Tsino Ruso Iba pa: _____

Gusto ba ninyong magpadala kami ng mga materyal sa wikang ito? Oo Hindi

Gusto ba ninyong magpadala kami ng mga materyal sa ibang pormat? (Maaaring hindi sagutin)

Mangyaring tukuyin ang uri: karaniwang sukat Malalaking titik Braille Audio Tape
 Iba pa: _____

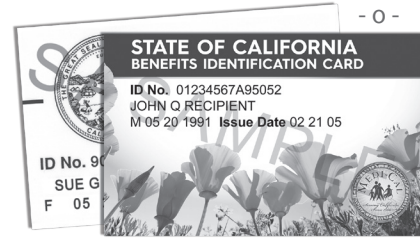
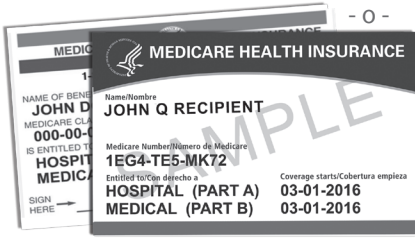
Pangalan ng inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga, klinika, o sentro ng pangangalaga ng kalusugan

_____ (_____) _____ - _____
*Pangalan _____ Numero ng telepono _____

OFFICE USE ONLY S/Code _____ S SA Ref. Source _____

Sabihin sa amin ang tungkol sa inyong mga nasasakupang benepisyo sa Medicare at Medi-Cal:

Isulat ang impormasyon tungkol sa inyong mga nasasakupang benepisyo sa Medicare at Medi-Cal sa ibaba. Makikita ninyo ang impormasyong ito sa inyong kulay pula, puti at asul na kard ng Medicare, o sa isang liham mula sa Panlipunang Seguridad (Social Security) o ang Lupon ng Mga Retiradong Tauhan ng Daanan ng Tren (Railroad Retirement Board). Bukod rito, mangyaring ilagay ang numero ng inyong Medi-Cal ID card tulad nang nakikita ninyo sa harapan ng inyong kard.



Numero ng Medicare: _____

Numero ng ID card sa Medi-Cal: _____

Ibang personal na impormasyon:

*1. Mayroon ba kayong Panghuling-Yugto ng Sakit sa Bato (ESRD)? Oo Hindi

Kung Oo, kompletuhin ang impormasyon na nasa ibaba:

Pangalan ng Pasilidad: _____ Lungsod: _____

Kung “oo” at nagkaroon na kayo ng matagumpay na operasyon ng pagpapalit ng bato at/o hindi na nangangailangan ng araw-araw na diyalisis, mangyaring maglakip ng pabatid mula sa inyong doktor.

*2. Kayo ba ay kasalukuyang naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga? Oo Hindi
Kung oo, kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba:

_____ (_____) _____
Pangalan ng pasilidad Numero ng telepono

Ang nasasakop sa inyong serbisyong pangkalusugan, kabilang ang pagkakasakop para sa iniresetang gamot:

May ilang mga tao na may ibang seguro pangkalusugan o pagkakasakop sa gamot sa pamamagitan ng pribadong seguro, TRICARE, mga Taga-empleyo, mga Unyon, mga Kapakanan ng Beterano (Veterans Affairs), o mga Programa ng Estado para sa Pagtulong sa Gamot.

*3. Mayroon ba kayong ibang nasasakop para sa serbisyong pangkalusugan maliban sa Medicare at Medi-Cal?
 Oo Hindi

Kung oo, kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba:

	Pangalan ng inyong plano (at taga-empleyo, kung naaangkop)	Numero ng grupo:	Numero ng ID:
1			
2			

Kung mayroon kayong nasasakop na serbisyong pangkalusugan mula sa taga-empleyo o unyon o ibang pribadong o pampublikong seguro sa ngayon, hindi kayo makakasali sa CareAdvantage CMC.

Pakibasa at lumagda sa dulo ng seksiyon.

Kapag nilagdaan ninyo ang form na ito, ito ay nangangahulugan na naiintindihan ninyo ang mga sumusunod:

- Ang Plano ng CareAdvantage Cal MediConnect (Plano ng Medicare-Medicaid) ay may kontrata sa pederal na pamahalaan at sa Estado ng California.
- Ang mga serbisyong pangkalusugan na makukuha ninyo sa inyong bagong plano ay maaaring iba sa mga serbisyo na nakukuha ninyo noon.
- Kailangan kong panatilihin ang Bahagi A at B ng Medicare at magkaroon ng MediCal sa pamamagitan ng Health Plan of San Mateo (HPSM).
- Kailangan nasa iisang plano ng Medicare lamang ako sa isang takdang panahaon.
- Sa aking pagsali sa CareAdvantage CMC, ititigil ko na ang aking pagpapatala sa ibang planong pangkalusugan ng Medicare o plano para sa iniresetang gamot.
- Kailangan kong sabihin sa CareAdvantage CMCang tungkol sa anumang nasasakop na inireresetang gamot na mayroon ako o maaaring magkaroon ako sa hinaharap na panahon.
- Kapag lumipat ako ng tirahan, kailangan kong sabihin sa CareAdvantage CMC.
- Bilang miyembro ng CareAdvantage CMC, mayroon akong karapatang maghain ng apela sa mga desisyon ng CareAdvantage CMC tungkol sa mga pagbabayad o serbisyo kung hindi ako sang-ayon sa mga ito.
- Kadalasan ay hindi sinasakupan ng CareAdvantage CMC ang tao kapag nasa labas ng bansa.
- Sa petsa ng pagsisimula ng pagkakasakop ng CareAdvantage CMC, kailangan kong kunin ang aking pangangalaga sa kalusugan mula sa mga doktor ng CareAdvantage CMC, maliban lamang sa emerhensya o madaliang kinakailangan na pangangalaga, labas-ng-lugar na diyalisis o kung ako ay nakakuha ng pahintulot mula sa CareAdvantage CMC upang magpatingin sa ibang tagabigay ng serbisyo sa ilang mga pagkakataon.
- Kung kailangan kong magpatingin sa doktor o ibang tagabigay ng serbisyo na hindi kasali sa CareAdvantage CMC, maaaring kailanganin ko ang paunang pag-apruba o kailangan kong magbayad ng gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) para sa mga nakuha kong serbisyo.
- Nauunawaan ko na kung tinutulungan ako ng isang nagbebentang ahente, broker o iba pang indibidwal na nagtatrabaho sa o nakakontrata sa CareAdvantage CMC, maaari siyang bayaran ng CareAdvantage CMC kapag naipatala niya ako.
- Sa pagsali sa CareAdvantage CMC, alam kong maaaring ibahagi ng CareAdvantage CMC ang aking impormasyon sa Medicare, Medi-Cal at iba pang plano, kung kinakailangan para sa paggagamot, pagbabayad at mga gawain para sa pangangalaga ng kalusugan.
- Nauunawaan ko na nasasakop ang mga iniresetang gamot, ngunit hindi palaging kapareho nito ang mga gamot na kasalukuyan ko nang iniinom. Nauunawaan ko na ako ay makatanggap ng hindi bababa sa isang 30-araw ng panustos ng mga iniresetang gamot na kasalukuyan kong iniinom para sa unang 90 araw ng pagkakasakop sa CareAdvantage CMC. Nauunawaan ko na maaari akong patuloy na magpatingin sa mga doktor na kasalukuyan ko nang pinupuntahan nang hanggang sa labindalawang (12) buwan para sa mga serbisyo ng Medicare, at nang hanggang labindalawang (12) buwan para sa mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagpapatala sa CareAdvantage CMC. Kailangan kong makipag-ugnayan sa CareAdvantage CMC para sa impormasyon kung paano magagawa ito. Nauunawaan ko rin na ang CareAdvantage CMC ay mayroong mga tagabigay ng serbisyo at mga parmasiya na dapat kong gamitin kapag kumukuha ng mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan, maliban na lamang sa mga hindi regular na emerhensyang sitwasyon.
- Alam ko na maaaring ibahagi ng CareAdvantage CMC ang aking impormasyon kabilang na ang impormasyon ng aking inireresetang gamot sa Medicare at Medi-Cal. Maaari nilang ibigay ito para sa pananaliksik o iba pang layunin, ayon sa pinahihintulutan ng mga Pederal na batas at regulasyon.
- Sa abot ng aking kaalaman, wasto ang impormasyon sa form na ito. Nauunawaan ko na kung sinadya kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, ako ay aalisin sa pagpapatala sa CareAdvantage CMC.
- Ang aking lagda (o lagda ng aking awtorisadong kinatawan) sa form na ito ay nangangahulugang nabasa at naiintindihan ko ang form na ito. Kung ang lumagda ay ang awtorisadong kinatawan, ang lagda ng tao ay nangangahulugang siya ay awtorisado sa ilalim ng batas ng Estado upang kumpletuhin ang pagpapatalang ito, at makukuha ang dokumentasyon ng awtorisadong ito kapag hiningi ng Medicare o Medi-Cal.

Kung kayo ang awtorisadong kinatawan, dapat ninyong ibigay ang sumusunod na impormasyon, lagdaan, at isulat ang petsa sa ibaba:

Pangalan (Mangyaring ilimbag)

Lagda

Tirahan

Kaugnayan sa Nagpapatala

(_____) _____ - _____

Numero ng telepono

____ / ____ / _____

Petsa Ngayon:

Bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage para sa karagdagang impormasyon. **Kung may mga tanong kayo,** tumawag sa isang lisensiyadong Espesyalista ng CareAdvantage para sa Medicare sa **1-888-252-3153**, Lunes hanggang Biyernes 9:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. (California Relay Service). Ang tawag ay libre. Ang impormasyon na ito ay magagamit nang libre sa iba pang mga wika at mga format tulad ng Braille o audio CD.