



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

HMSA Medicare Advantage

OMB số 0938-1378
Hết hạn: 6/30/2026

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Hướng dẫn Mẫu Ghi danh

AI CÓ THỂ SỬ DỤNG BIỂU MẪU NÀY?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình HMSA Medicare Advantage.

ĐỂ THAM GIA MỘT CHƯƠNG TRÌNH, 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 HMSA Akamai Advantage Dual Care, quý vị cũng phải có tất cả những điều sau:

- Medicare Phần A (bảo hiểm bệnh viện)
- Medicare Phần B (bảo hiểm y tế)
- HMSA QUEST (Medicaid)

KHI NÀO TÔI SỬ DỤNG BIỂU MẪU NÀY?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng ba tháng kể từ lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Hãy truy cập [medicare.gov](https://www.medicare.gov) để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký một chương trình.

TÔI CẦN NHỮNG GÌ ĐỂ HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN NÀY?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trên trang 1-4 trừ khi được ghi chú là không bắt buộc. Các mục ở trang 5 là không bắt buộc — quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền chúng.

NHẮC NHỞ:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian đăng ký mở mùa thu (15 tháng 10 đến 7 tháng 12),

chúng tôi phải nhận được mẫu đơn đã điền của quý vị trước ngày 7 tháng 12.

- HMSA sẽ gửi cho quý vị hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để khấu trừ khoản thanh toán phí bảo hiểm từ lương mục ngân hàng hoặc lương mục hàng tháng của mình. Quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Ủy ban Hữu trí Đường sắt (RRB).

ĐIỀU GÌ XẢY RA TIẾP THEO?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và có chữ ký của quý vị tới:
HMSA Medicare Advantage Sales
P.O. Box 3500
Honolulu, HI 96811-9983

Khi chúng tôi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị.

TÔI NHẬN TRỢ GIÚP VỚI BIỂU MẪU NÀY BẰNG CÁCH NÀO?

Hãy gọi cho Bộ phận bán hàng HMSA Medicare Advantage theo số (808) 948-6235 hoặc 1 (800) 693-4672. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Hoặc gọi cho Medicare theo số 1 (800) MEDICARE [1 (800) 633-4227] miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số 1 (877) 486-2048 miễn phí.

En español: Llame a HMSA Medicare Advantage Sales al (808) 948-6235 or 1 (800) 693-4672/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 TRẢI QUA TÌNH TRẠNG VÔ GIA CƯ

Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, Hộp thư Bưu điện, địa chỉ của nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc An sinh Xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Nếu quý vị hiện có gói ACA hoặc Medigap, hãy nhớ liên hệ với hãng bảo hiểm của quý vị để hủy gói đó vì gói đó sẽ không tự động bị hủy.

Nếu quý vị hiện có một chương trình sức khỏe khác (chủ lao động hoặc nhóm công đoàn hoặc ACA), việc tham gia HMSA Medicare Advantage có thể ảnh hưởng đến các quyền lợi sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn của quý vị; vui lòng liên hệ với nhà cung cấp bảo hiểm y tế của quý vị. Quý vị có thể mất quyền lợi sức khỏe của chủ lao động hoặc công đoàn nếu tham gia HMSA Medicare Advantage. Đọc thông tin mà chủ lao động hoặc công đoàn gửi cho quý vị. Nếu quý vị có thắc mắc, hãy truy cập trang web của họ hoặc liên hệ với họ. Nếu không có bất kỳ thông tin liên hệ nào, người quản lý quyền lợi của quý vị hoặc văn phòng trả lời các câu hỏi về quyền lợi của quý vị có thể trợ giúp.

Theo Đạo luật Giảm bớt Công việc Giấy tờ năm 1995, không ai phải trả lời cho việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này được ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem lại hướng dẫn, tìm kiếm các nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết cũng như hoàn thành và xem lại 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 đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 PRA Reports Clearance Office. Bất kỳ tài liệu nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu nợ (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Tài liệu sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền của quý vị tới chương trình.



MedicareRx

Prescription Drug Coverage X

PHẦN 6: TẤT CẢ CÁC TRƯỜNG TRONG MỤC NÀY LÀ KHÔNG BẮT BUỘC. Gửi lại phần còn lại của đơn đăng ký.
Việc trả lời những câu hỏi này là sự lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền chúng.

Quý vị là người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha? Chọn tất cả câu trả lời phù hợp.

- ☐ Không, không phải người gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha ☐ Đúng, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, Chicano Ban Nha
- ☐ Đúng, người Puerto Rico ☐ Đúng, người Cuba
- ☐ Đúng, nguồn gốc Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha khác ☐ **Tôi chọn không trả lời.**

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả câu trả lời phù hợp.

- ☐ Thổ dân Alaska ☐ Người Chuuk ☐ Người Kosrae ☐ Người dân đảo Thái Bình Dương khác ☐ Người Tonga
- ☐ Người Mỹ da đỏ ☐ Người Fiji ☐ Người Marshall ☐ Người Palau/Belau ☐ Người Việt
- ☐ Người Ấn Độ châu Á ☐ Người Philippin ☐ Trung Đông ☐ Người Pohnpei ☐ Người da Trắng
- ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người I-Kiribati ☐ Người Hawaii bản xứ ☐ Người Samoa ☐ Người Yap
- ☐ Người Chamorro hoặc người Guam ☐ Người Nhật ☐ Người Bắc Phi ☐ Người Tahiti ☐ Khác _____
- ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Hàn Quốc ☐ Người Châu Á khác ☐ Người Tokelau ☐ **Tôi chọn không trả lời.**

Ngôn ngữ nào quý vị nói hầu hết thời gian ở nhà? Chọn một.

- ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Đức ☐ Tiếng Hàn Quốc ☐ Tiếng Palau ☐ Tiếng Tonga
- ☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Hawaii ☐ Tiếng Lào ☐ Tiếng Samoa ☐ Tiếng Việt
- ☐ Tiếng Chuuk ☐ Tiếng Ilocano ☐ Tiếng Quan thoại ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Visaya
- ☐ Tiếng Pháp ☐ Tiếng Nhật ☐ Tiếng Marshall ☐ Tiếng Tagalog ☐ Khác _____

Quý vị có cần một thông dịch viên? ☐ **Có** ☐ **Không**

Chọn xem quý vị có muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được hay không. ☐ Bản in cỡ chữ lớn

Bản thông tin chương trình này có sẵn miễn phí bằng tiếng Ilocano, tiếng Việt, tiếng Trung và tiếng Hàn. Vui lòng liên hệ HMSA Medicare Advantage theo số (808) 948-6235 hoặc 1 (800) 693-4672 nếu quý vị cần thông tin bằng một trong những ngôn ngữ này, qua email hoặc định dạng có thể truy cập được. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi 711.

Quý vị có làm việc không? ☐ **Có** ☐ **Không** Vợ/chồng của quý vị có làm việc không? ☐ **Có** ☐ **Không**

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều.

☐ Danh mục nhà cung cấp

☐ Chứng từ Bảo hiểm

Danh mục thuốc

Quý vị có phải là cư dân của cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau.

[illegible]

Tên trường

[illegible]

Địa chỉ gửi thư của tổ chức

[illegible]

Thành phố tổ chức

$$\left(\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} \right) \begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|c|} \hline & & & & \\ \hline \end{array}$$

Số điện thoại của tổ chức

--	--

/

--	--	--	--

Ngày vào

--	--	--	--	--

Tiểu bang Mã ZIP

Chỉ dành cho các cá nhân giúp người ghi danh hoàn thành biểu mẫu này.

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý, nhân viên môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào biểu mẫu này.

[illegible]

Tên

[illegible]

Mối quan hệ với người ghi danh

[illegible]

Chữ ký

Mã số Nhà sản xuất Quốc gia
(Chỉ dành cho Đại lý/Nhân viên môi giới)

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: وأهـ صـ لـ ابـ قـ لـ عـ تـ تـ قـ لـ ءـ سـ أـ يـ أـ نـ عـ قـ بـ اـ جـ لـ لـ ءـ يـ نـ اـ جـ مـ لـ يـ رـ وـ فـ لـ مـ جـ رـ تـ مـ لـ تـ اـ مـ دـ خـ مـ دـ قـ نـ اـ نـ ءـ
لـ عـ اـ نـ بـ لـ اـ صـ تـ اـ لـ اـ يـ وـ سـ كـ ءـ لـ عـ سـ يـ لـ ،ـ يـ رـ وـ فـ مـ جـ رـ تـ مـ لـ عـ لـ لـ وـ صـ حـ لـ لـ .ـ اـ نـ يـ دـ لـ ءـ يـ وـ ءـ لـ اـ لـ وـ دـ جـ
ءـ مـ دـ خـ هـ ذـ هـ .ـ كـ تـ دـ عـ اـ سـ مـ بـ ءـ يـ بـ رـ عـ لـ ثـ دـ حـ تـ يـ اـ مـ صـ خـ شـ مـ وـ قـ يـ سـ .ـ (711 TTY: 660-4672 (800) 1
ءـ يـ نـ اـ جـ مـ .

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1 (800) 660-4672 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。