

## ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԱՆԴԱՄԱԳՐՄԱՆ ՀԱՐՑՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ MEDICARE ADVANTAGE PLAN-ՈՒՄ (ՄԱՍ C) ԱՆԴԱՄԱԳՐՎԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

### Ո՞վ կարող է օգտագործել այս ձյը:

Medicare ունեցող անձինք, ովքեր ցանկանում են միանալ Medicare Advantage Plan-ին

### Ծրագրին միանալու համար դուք պետք է.

- Լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ օրինականորեն գտնվեք ԱՄՆ-ում:
- Բնակվեք ծրագրի սպասարկման տարածքում

**Կարևոր.** Medicare Advantage Plan-ին միանալու համար դուք նաև պետք է ունենաք հետևյալ երկուսը.

- Medicare-ի A Մաս (հիվանդանոցային ապահովագրություն)
- Medicare-ի B Մաս (բժշկական ապահովագրություն)

### Ե՞րբ պետք է օգտագործեմ այս ձյը

Դուք կարող եք միանալ ծրագրին.

- Ամեն տարի հոկտեմբեր 15-դեկտեմբեր 7 միջև ընկած ժամանակահատվածում (հունվարի 1-ից սկսվող ապահովագրության համար)
- Առաջին անգամ Medicare ստանալուց հետո 3 ամսվա ընթացքում
- Որոշ իրավիճակներում, երբ ձեզ թույլատրվում է միանալ կամ փոխել ծրագրերը

Այցելեք [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)՝ ծրագրում գրանցվելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

### Ի՞նչ է ինձ անհրաժեշտ այս ձյը լրացնելու համար

- Ձեր Medicare-ի համարը (ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտի համարը)
- Ձեր մշտական հասցեն և հեռախոսահամարը

**Նշում.** դուք պետք է լրացնեք Բաժին 1-ի բոլոր կետերը: Բաժին 2-ի կետերը կամավոր են. ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության տրամադրումը, եթե չլրացնեք դրանք:

### Յիշեցումներ.

- Եթե ցանկանում եք միանալ ծրագրին աշնանային բաց անդամագրման ժամանակ (հոկտեմբեր 15-դեկտեմբեր 7), ապա ծրագիրը պետք է ստանա ձեր լրացված ձևաթուղթը մինչև դեկտեմբերի 7-ը:
- Ձեր ծրագիրը ձեզ հաշիվ կուտարկի ծրագրի ապահովագրի համար: Դուք կարող եք գրանցվելիս որոշել, որպեսզի ձեր ապահովագրի վճարումները հանվեն ձեր բանկային հաշվից կամ ձեր ամսական սոցիալական ապահովության (կամ Երկաթուղայինների կենսաթոշակային խորհրդի) նպաստից:

### Ի՞նչ է կատարվում այնուհետք

Ձեր լրացրած և ստորագրած ձևաթուղթն ուղարկվեք հետևյալ հասցեով՝

L.A. Care Health Plan  
Attn: Product Sales / Agent Enrollment  
1200 W. 7th Street, 2nd Floor  
Los Angeles CA 90017

Ձեր միանալու հարցումը մշակելուց հետո ձեզ հետ կապ կհաստատեն:

### Ինչպե՞ս կարող եմ այս ձյաթղթի հետ կապված օգնություն ստանալ

Ջանգահարեք L.A. Care Health Plan՝ 1-833-592-3767

հեռախոսահամարով:

TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711:

Կամ զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

**En español:** Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / 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.

### Անօթյանություն ունեցող անձինք

- Եթե ցանկանում եք միանալ ծրագրին, բայց չունեք մշտական բնակության հասցե, ապա փոստարկղը, ապաստարանի կամ կլինիկայի հասցեն կամ այն հասցեն, որտեղ փոստ եք ստանում (օրինակ՝ սոցիալական ապահովության չեկերը) կարող են համարվել ձեր մշտական բնակության հասցեն:

1995թ. Թղթարարության նվազեցման օրենքի համաձայն՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ պատասխանել տեղեկության հավաքման, եթե այն ցույց չի տալիս վավերական OMB հսկիչ համար: Այս տեղեկության հավաքման վավերական OMB համարն է 0938-1378: Այս տեղեկության լրացման համար պահանջվող ժամանակը գնահատվում է որպես 20 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, ներառած՝ հրահանգները վերանայելու, առկա տեղեկության աղբյուրները որոնելու, անհրաժեշտ տեղեկություն հավաքելու և տեղեկության հավաքումն ամբողջացնելու և վերանայելու ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման (գնահատումների) վերաբերյալ կամ առաջարկություններ այս ձևաթուղթը բարելավելու համար, խնդրում ենք գրել այս հասցեով՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

#### ԿԱՐԵՎՈՐ

Մի ուղարկեք այս ձևաթուղթը կամ ձեր անձնական տվյալներով որևէ նյութ (օրինակ՝ հայցեր, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Reports Clearance Office-ին: Մեր ստացած ցանկացած նյութ, որը չառնչվի այս ձևաթղթի բարելավմանը կամ դրա հավաքման գործընթացին (նշված է OMB 0938-1378-ում) կոչնչացվի: Այն չի պահվի, վերանայվի կամ ուղարկվի ծրագրին: Տե՛ս այս էջի «Ի՞նչ է կատարվում այնուհետև» բաժինը՝ ձեր լրացրած ձևաթուղթը ծրագրին ուղարկելու համար:

**Բաժին 1 – Այս էջի բոլոր դաշտերը պարտադիր են (եթե նշված չեն որպես ընտրովի)**

**Ընտրեք ծրագիրը, որին ցանկանում եք միանալ.**

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – \$0 ամսական

ԱՆՈՒՆ. ԱԶԳԱՆՈՒՆ. [Ընտրովի. Երկրորդ սկզբնատառ].

Ծննդյան ամսաթիվ. (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) (    /    /    )	Սեռ. <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Հեռախոսահամար. (    )	Հեռախոսահամարի տեսակ. <input type="checkbox"/> Տան <input type="checkbox"/> Բջջային
---	---	--------------------------	--

Մշտական բնակավայրի հասցե (մի՛ մոտքագրեք փոստարկղի համարը).

Քաղաք՝	[Ընտրովի. Վարչաշրջան].	Նահանգ՝	Փոստային դասիչ.
--------	------------------------	---------	-----------------

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է մշտական հասցեից (թույլատրվում է մոտքագրել փոստարկղի համարը).

Հասցե.	Քաղաք.	Նահանգ.	Փոստային դասիչ.
--------	--------	---------	-----------------

**Տեղեկատվություն ձեր Medicare-ի մասին.**

**Medicare-ի համար.**

**Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին.**

Բացի L.A. Care Medicare Plus-ից, դուք ունենալու եք այլ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն (օրինակ՝ VA-ի, TRICARE-ի):  
 Այո  Ոչ

Այլ ապահովագրության անունը. Այս ապահովագրության անդամի համարը. Այս ապահովագրության խմբի համարը.

Դուք գրանցված եք Medi-Cal-ում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե «Այո», խնդրում ենք ներկայացնել ձեր Medi-Cal-ի համարը.
--	---

**ԿԱՐԵՎՈՐ Է. Ընթերցեք և ստորագրեք ստորև.**

- Ես պետք է պահեմ և հիվանդանոցային (Մաս A) և Բժշկական (Մաս B) ապահովագրությունը՝ L.A. Care Medicare Plus-ում (HMO D-SNP) լինելու համար:
- Միանալով այս Medicare Advantage-ին՝ ես ընդունում եմ, որ L.A. Care Medicare Plus-ն իմ տվյալները կփոխանցի Medicare-ին, որը կարող է օգտագործել դրանք՝ իմ անդամագրմանը հետևելու, վճարումներ կատարելու և այլ նպատակների համար, որոնք նախատեսված են նման տեղեկատվության հավաքումը թույլատրող դաշնային օրենքով (տես Գաղտնիության հայտարարությունը ստորև): Այս ձևաթղթին պատասխանում եք կամավոր հիմունքներով: Սակայն չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում ձեր անդամագրման վրա:
- Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ միաժամանակ անդամագրվել միայն մեկ MA ծրագրում, և այս ծրագրում անդամագրումը ավտոմատ կերպով կդադարեցնի իմ անդամագրումը մեկ այլ MA ծրագրում (կիրառելի են բացառություններ MA PFFS, MA MSA ծրագրերի համար):
- Ես հասկանում եմ, որ երբ սկսվի իմ L.A. Care Medicare Plus ապահովագրությունը, ես պետք է իմ բոլոր բժշկական և դեղատոմսային դեղերի նպաստները ստանամ L.A. Care Medicare Plus-ից: Ապահովագրված կլինեն L.A. Care Medicare Plus-ի կողմից տրամադրվող և իմ L.A. Care Medicare Plus-ի «Ապահովագրման ապացույց» փաստաթղթում (կոչվում է նաև անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր) ներառված նպաստներն ու ծառայությունները: Ոչ Medicare-ը, ոչ էլ L.A. Care Medicare Plus-ը չեն վճարի չապահովագրված նպաստների ու ծառայությունների համար:
- Այս անդամագրման ձևաթղթում պարունակվող տեղեկությունը ճշգրիտ է, ինչքանով որ ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ այս ձևաթղթում միտումնավոր կեղծ տեղեկություն ներկայացնելու դեպքում ես կհեռացվեմ ծրագրից:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ստորագրությունը (կամ իմ կողմից լիազորված անձի ստորագրությունը) այս դիմումի մեջ նշանակում է, որ ես ընթերցել և հասկացել եմ այս դիմումի բովանդակությունը: Եթե ստորագրվել է լիազորված ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նշված է վերևում), ապա այս ստորագրությունը վավերացնում է, որ.
  - 1) Այս անձը լիազորվել է լրացնելու այս անդամագրումը՝ համաձայն նահանգային օրենքի,
  - 2) Այս լիազորության փաստաթղթերը կարող են տրամադրվել Medicare-ի կողմից պահանջի դեպքում:

<b>Ստորագրություն.</b>	<b>Այսօրվա ամսաթիվը.</b>
Եթե դուք լիազորված ներկայացուցիչն եք, ստորագրեք վերևում և լրացրեք հետևյալ դաշտերը.	
Անուն՝	Հասցե՝
Հեռախոսի համար՝	Կապը անդամագրված անձի հետ՝

**Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերն ընտրանքային են**

**Այս հարցերին պատասխանում եք ձեր ընտրությամբ: Ձեր ապահովագրությունը չի կարող մերժվել, եթե չլրացնեք դրանք:**

Դուք ունե՞ք հիսպանիկ, լատինոամերիկյան կամ իսպանական ծագում: Ընտրեք բոլոր կիրառելի պատասխանները:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ոչ, ոչ հիսպանիկ, ոչ լատինոամերիկյան, ոչ իսպանական ծագում | <input type="checkbox"/> Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո/ա |
| <input type="checkbox"/> Այո, պուերտորիկացի                                       | <input type="checkbox"/> Այո, կուբացի                                  |
| <input type="checkbox"/> Այո, այլ հիսպանիկ, լատինոամերիկյան կամ իսպանական ծագում  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Նախընտրում եմ չպատասխանել:</b>                        |  |

Ի՞նչ ռասայի եք պատկանում: Ընտրեք բոլոր կիրառելի պատասխանները:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալասկացի Ասիացի. | <input type="checkbox"/> Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի                         |
| <input type="checkbox"/> Ասիացի հնդիկ                                | <input type="checkbox"/> Բնիկ Հավայյան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ. |
| <input type="checkbox"/> Չինացի                                      | <input type="checkbox"/> Գուամանյան կամ Չամորո                             |
| <input type="checkbox"/> Ֆիլիպինցի                                   | <input type="checkbox"/> Բնիկ Հավայյան կղզիների բնակիչ                     |
| <input type="checkbox"/> Ճապոնացի                                    | <input type="checkbox"/> Սամոացի   |
| <input type="checkbox"/> Կորեացի                                     | <input type="checkbox"/> Այլ խաղաղօվկիանոսյան բնակիչ                       |
| <input type="checkbox"/> Վիետնամցի                                   | <input type="checkbox"/> Սպիտակամաշկ                                       |
| <input type="checkbox"/> Այլ ասիացի                                  | <input type="checkbox"/> <b>Նախընտրում եմ չպատասխանել:</b>                 |

Ի՞նչ է Ձեր սեռը: Ընտրեք մեկը:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Կին      | <input type="checkbox"/> Ես մեկ այլ եզրույթ եմ օգտագործում՝ _____ |
| <input type="checkbox"/> Տղամարդ  |   |
| <input type="checkbox"/> Ոչ բինար | <input type="checkbox"/> <b>Ընտրում եմ չպատասխանել:</b>           |

Հետևյալից դժգոհ ե՞ք լավագույնս ներկայացնում, թե ինչպես եք Դուք մտածում ինքներդ Ձեր մասին: Ընտրեք մեկը

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Համասեռամուլ կին (լեսբուհի) կամ համասեռամուլ տղամարդ (գեյ) | <input type="checkbox"/> Ես մեկ այլ եզրույթ եմ օգտագործում՝ _____ |
| <input type="checkbox"/> Կանոնավոր, այսինքն՝ ոչ գեյ ոչ լեսբուհի                     |   |
| <input type="checkbox"/> Երկսեռական (բիսեքսուալ)                                    | <input type="checkbox"/> Չգիտեմ                                   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Ընտրում եմ չպատասխանել:</b>           |

Ընտրեք ձեր նախընտրած բանավոր խոսքի լեզուն, եթե այն անգլերենը չէ:

- Իսպաներեն  Մանդարին  Կանտոներեն  Կորեերեն  Հայերեն  Ռուսերեն  Արաբերեն  
 Տագալերեն  Վիետնամերեն  Ֆարսի  Խմերերեն/կամբոջերեն

Եթե դա անգլերենը չէ, ընտրեք մեկ լեզու, որով ցանկանում եք, որ ձեզ ուղարկենք տեղեկությունները:

- Իսպաներեն  Չինարեն  Կորեերեն  Հայերեն  Ռուսերեն  Արաբերեն  Տագալերեն  
 Վիետնամերեն  Ֆարսի  Խմերերեն/կամբոջերեն

Ընտրեք ստորև նշված տարբերակներից որևէ մեկը, եթե ցանկանում եք, որ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք տվյալ ձևաչափով:

- Խոշոր տառերով  Առօրյա CD-ով  Տվյալների CD-ով  Բրեյլի լեզվով

Խնդրում ենք դիմել L.A. Care Medicare Plus-ին՝ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով, եթե տեղեկություն եք ցանկանում վերը նշվածներից տարբերվող որևէ այլ մատչելի ձևաչափով: Մենք աշխատում ենք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711:

Դուք աշխատում եք:  Այո  Ոչ Ձեր ամուսինն աշխատում է:  Այո  Ոչ

Նշեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկին (PCP).		
PCP-ի հեռախոսահամարը. ( )		PCP-ի հասցե՝
L.A. Care-ի Մատակարարի ID համարը (նշված է մատակարարների հասցեագրքում).	Բժշկական խումբ / IPA.	Ներկայումս այս բժշկի հիվանդն եք: [ ] Այո [ ] Ոչ
Ձեր երկրորդական հեռախոսահամարը՝ ( )		Հեռախոսահամարի տեսակ. [ ] Տան [ ] Բջջային
[ ] Նշելով այս վանդակը՝ դուք համաձայնում եք թույլ տալ L.A. Care-ին կապ հաստատել և հաղորդակցվել ձեզ հետ, այդ թվում՝ զանգահարելով կամ տեքստային հաղորդագրություն ուղարկելով: Կարող եք ցանկացած պահի փոխել այս համաձայնությունը՝ դիմելով L.A. Care-ին:		
Էլ. հասցե.		
[ ] Նշելով այս վանդակը՝ դուք համաձայնում եք թույլ տալ L.A. Care-ին կապ հաստատել և հաղորդակցվել ձեզ հետ էլ. փոստով: Դուք կշարունակեք Ծրագրի մասին կարևոր տեղեկություններ ստանալ փոստով: Կարող եք ցանկացած պահի փոխել այս համաձայնությունը՝ դիմելով L.A. Care Medicare Plus-ին 1-833-522-3767 TTY 711 հեռախոսահամարով:		

Արտակարգ իրավիճակում կոնտակտային անձի անունը, ազգանունը.	Արտակարգ իրավիճակում կոնտակտային հեռախոսահամար. ( )
Արտակարգ իրավիճակում կոնտակտային էլ. հասցե.	Հարաբերությունը նպաստառուի հետ.

<b>Այն անձանց համար, ովքեր միայն օգնում են լրացնել այս ձևաթուղթը</b>	
Լրացրեք այս բաժինը, եթե անհատ եք (օրինակ՝ գործակալներ, միջնորդներ, SHIP խորհրդատուներ, ընտանիքի անդամներ կամ այլ կողմեր), որն օգնում է անդամին լրացնել այս ձևաթուղթը	
Անուն՝	Կապը անդամագրվողի հետ՝
Ստորագրություն՝	Ազգային արտադրողի համարը (Գործակալներ/միջնորդներ միայն)
Հեռախոսի համար՝	Էլեկտրոնային փոստի հասցե՝
Ստացման ամսաթիվ՝	Առաջարկվող գործուն ամսաթիվ՝

**ԳԱՐՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ**

Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները (CMS) տեղեկատվություն են հավաքում Medicare-ի ծրագրերից՝ Medicare Advantage (MA) ծրագրերում նպաստառուների անդամագրմանը հետևելու, բուժխնամքը բարելավելու և Medicare-ի նպաստները վճարելու համար: Սոցիալական ապահովության ակտի 1851-րդ բաժինը և 42 CFR §§ 422.50-ը և 422.60-ը թույլատրում են այս տեղեկատվության հավաքումը: CMS-ը կարող է օգտագործել, հրապարակել և փոխանակել Medicare-ի նպաստառուների անդամագրման տվյալները, ինչպես նշված է Արձանագրությունների համակարգի ծանուցման (SORN) մեջ՝ «Medicare Advantage-ի ղեկավարման ղեղ (MARx)», Համակարգ թիվ 09-70-0588: Այս ձևաթղթին պատասխանում եք կամավոր հիմունքներով: Սակայն չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում ձեր անդամագրման վրա: