

ФОРМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАПРОСА РЕГИСТРАЦИИ В ПЛАНЕ MEDICARE ADVANTAGE PLAN (ЧАСТЬ C)

Кто может использовать эту форму?

Лица, являющиеся участниками программы Medicare, которые хотят зарегистрироваться в плане Medicare Advantage.

Чтобы присоединиться к плану, необходимо:

- быть гражданином США или проживать на территории США на законных основаниях;
- проживать в зоне обслуживания плана.

Важно! Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage, вы также должны иметь оба вида страхования:

- Medicare часть A (больничное страхование);
- Medicare часть B (медицинское страхование).

Когда я могу использовать эту форму?

Вы можете присоединиться к плану:

- с 15 октября по 7 декабря каждого года (страховое покрытие начинает действовать 1 января)
- в течение 3 месяцев с момента получения обслуживания по Medicare;
- в исключительных ситуациях, когда вам разрешена внеочередная регистрация в новом плане или смена планов.

Посетите сайт Medicare.gov, чтобы узнать больше об условиях регистрации в плане.

Что мне потребуется для заполнения этой формы?

- Ваш номер Medicare (номер на красной, белой и синей карте Medicare).
- Ваш адрес проживания и номер телефона.

Примечание. Все пункты раздела 1 обязательны для заполнения. Пункты раздела 2 необязательны — если вы их не заполните, вам не может быть отказано в покрытии.

Напоминания

- Если вы хотите присоединиться к плану во время осеннего открытого периода регистрации (15 октября – 7 декабря), плану необходимо получить заполненную форму до 7 декабря.
- Ваш план направит вам счет по страховому взносу за участие в плане. Вы можете оформить списание страховых взносов с вашего банковского счета или с вашего ежемесячного пенсионного пособия (или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников).

Что будет дальше?

Отправьте заполненную и подписанную форму по адресу:

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

Как получить помощь по заполнению этой формы?

Звоните в L.A. Care Health Plan по номеру 1-833-592-3767. Номер для пользователей TTY: 711.

Также можно звонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Номер для пользователей TTY: 1-877-486-2048.

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.

Лица без постоянного места жительства

- Если вы хотите присоединиться к плану, но не имеете постоянного места жительства, вы можете указать почтовый ящик и адрес приюта или клиники или адрес, по которому вы получаете почту (например, пенсионное пособие), для заполнения адреса места постоянного проживания.

Согласно Закону о снижении документооборота 1995 года, ни одно лицо не обязано отвечать на документ запроса информации до момента присоединения к такому документу действующего контрольного номера OMB. Действующий контрольный номер OMB для данной формы опроса: 0938-1378. Для заполнения данного документа требуется в среднем 20 минут, включая время, необходимое для прочтения указаний, поиска имеющихся источников данных, сбора необходимых данных и заполнения и проверки собираемых данных. Если у вас имеются замечания относительно точности расчета времени или предложения по усовершенствованию настоящей формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНО!

Не отправляйте эту форму или любые документы с вашей личной информацией (например, претензии, платежи, медицинские документы и т. д.) в Расчетную палату по сбору отчетов по Закону о снижении бумажного документооборота. Любые полученные нами предложения, которые не касаются улучшения этой формы или уменьшения времени сбора информации (изложенные в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Они не будут храниться, пересматриваться или направляться представителям плана. Ознакомьтесь с разделом «Что будет дальше?» на этой странице, чтобы отправить заполненную форму в план.

Раздел 1: все поля на этой странице обязательны для заполнения (за исключением помеченных как необязательные)			
Выберите план, в котором хотите зарегистрироваться:			
[] L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) — \$0 в месяц			
Имя:		Фамилия: [необязательно: средний инициал]:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) (/ /)		Пол: [] мужской [] женский	Номер телефона: ()
Тип номера телефона: [] домашний [] мобильный			
Адрес постоянного места жительства (не указывайте абонентский ящик):			
Город:		[Необязательно: округ]:	Штат:
Почтовый индекс:			
Почтовый адрес, если отличается от адреса постоянного места жительства (можно указать абонентский ящик):			
Адрес:		почтовый индекс:	
Данные Medicare:			
Номер участника Medicare: - -			
Ответьте на следующие вопросы.			
Будет ли у вас другое покрытие рецептурных препаратов (например, VA, TRICARE) в дополнение к плану L.A. Care Medicare Plus? [] Да [] Нет			
Наименование другого покрытия:		Номер участника для этого покрытия:	Номер группы для этого покрытия:
_____		_____	_____
Вы зарегистрированы в Medi-Cal ? [] Да [] Нет		Если «Да», укажите свой номер участника Medi-Cal:	
ВАЖНО! Прочтите и подпишитесь ниже.			
<ul style="list-style-type: none"> • Мне необходимо сохранить больничное (часть А) и медицинское (часть В) страхование, чтобы оставаться участником плана L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP). • Регистрируясь в программе Medicare Advantage, я подтверждаю, что L.A. Care Medicare Plus может передавать мою информацию от программы Medicare, чтобы использовать ее для отслеживания моей регистрации, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законом, разрешающим сбор этой информации (см. Заявление о конфиденциальности). Ваши ответы в этой форме являются добровольными. Тем не менее отсутствие ответа может повлиять на возможность регистрации в плане. • Я понимаю, что одновременно могу быть зарегистрирован только в одном плане МА и что регистрация в этом плане автоматически прекратит мою регистрацию в другом плане МА (исключения применимы для планов МА PFFS, МА MSA). • Я понимаю, что с даты вступления в силу страхового покрытия L.A. Care Medicare Plus, я должен получать все медицинские льготы и льготы по рецептурным препаратам в рамках L.A. Care Medicare Plus. Покрываемыми являются льготы и услуги, предоставляемые планом L.A. Care Medicare Plus, и перечисленные в моем свидетельстве страхового покрытия, предоставленном L.A. Care Medicare Plus (также известном как договор или соглашение подписчика). Ни Medicare, ни L.A. Care Medicare Plus не будут оплачивать льготы или услуги, которые не являются покрываемыми. • Информация, указанная в настоящем бланке регистрации, указана верно, насколько мне известно. Я понимаю, что в случае намеренного указания в данной форме ложной информации, я буду исключен (-а) из плана. • Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени) в данном заявлении означает, что содержание данного заявления мною прочитано и понято. Подпись уполномоченного представителя (как указано выше) подтверждает, что: <ol style="list-style-type: none"> 1) данное лицо уполномочено в соответствии с законом штата осуществлять настоящую регистрацию и 2) документ, подтверждающий такое полномочие, может быть предъявлен по запросу программы Medicare. 			
Подпись:		Дата:	
Если вы являетесь уполномоченным представителем, подпишитесь выше и заполните следующие поля.			
Имя и фамилия:		Адрес:	
Номер телефона:		Кем приходится участнику:	

Раздел 2: Все поля этого раздела необязательны для заполнения

Отвечать ли на эти вопросы, зависит от вашего выбора. Вам не могут отказать в покрытии, если вы не заполните эти поля.

Вы испаноязычный (-ая) американец (-ка), мексиканец (-ка) или испанец (-ка)? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Нет, не испанское и не латиноамериканское | <input type="checkbox"/> Да, мексиканское (чикано) |
| <input type="checkbox"/> Да, пуэрториканское | <input type="checkbox"/> Да, кубинское |
| <input type="checkbox"/> Да, другое испанское или латиноамериканское | |
| <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. | |

Ваша раса? Выберите все подходящие варианты.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец |
| Азиат: | Коренной житель Гавайских островов и островов Тихого океана: |
| <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Гуам (чаморро) |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Гавайи |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Самоа |
| <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другие острова Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Белый |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |
| <input type="checkbox"/> Другой азиат | |

Укажите свой пол. Выберите один вариант.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Женщина | <input type="checkbox"/> Я использую другой термин: _____ |
| <input type="checkbox"/> Мужчина | _____ |
| <input type="checkbox"/> Небинарная персона | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать. |

Что из перечисленного ниже лучше всего отражает ваше представление о себе? Выберите один вариант.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Лесбиянка или гомосексуалист | <input type="checkbox"/> Я использую другой термин: _____ |
| <input type="checkbox"/> Гетеросексуальной ориентации, то есть не гомосексуалист и не лесбиянка | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| <input type="checkbox"/> Бисексуалист | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать. |

Выберите предпочитаемый язык общения, если он отличается от английского.

- | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Севернокитайский | <input type="checkbox"/> Кантонский диалект | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Арабский |
| <input type="checkbox"/> Тагальский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Кхмерский/камбоджийский | | | |

Выберите один из языков, если хотите, чтобы мы отправляли информацию о вашем плане на языке, отличном от английского.

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Китайский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Арабский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Кхмерский/камбождийский | | | | |

Выберите один из вариантов, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию в другом доступном формате.

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Крупный шрифт | <input type="checkbox"/> Звуковой компакт-диск | <input type="checkbox"/> Компакт-диск с данными | <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля |
|--|--|---|---------------------------------------|

Обратитесь в L.A. Care Medicare Plus по телефону 1-833-522-3767, если вам нужна информация в доступном формате, отличном от перечисленных выше. Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Номер для пользователей ТТУ: 711.

Вы работаете? Да Нет Ваш супруг работает? Да Нет

Укажите сведения о своем враче первичного обслуживания (PCP):		
Номер телефона PCP: ()		Адрес PCP:
Идентификационный номер поставщика услуг L.A. Care (указан в справочнике поставщиков услуг):	Медицинская группа / IPA:	Являетесь ли вы пациентом этого врача в настоящий момент? [] Да [] Нет
Ваш дополнительный номер телефона: ()		Тип номера телефона: [] домашний [] мобильный
[] Отмечая эти поля, вы даете L.A. Care свое разрешение связываться и общаться с вами, в том числе посредством звонков или текстовых сообщений. Вы можете в любой момент отозвать это разрешение, обратившись в L.A. Care.		
Адрес электронной почты:		
[] Отмечая эти поля, вы даете L.A. Care свое разрешение связываться и общаться с вами по электронной почте. Вы будете по-прежнему получать важную информацию о плане по почте. Вы можете в любой момент отозвать это разрешение, обратившись в L.A. Care Medicare Plus по номеру 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711).		

Полное имя контактного лица в экстренном случае:	Номер телефона контактного лица в экстренном случае: ()
Электронная почта контактного лица в экстренном случае	Кем приходится получателю льгот:

Только для лиц, оказывающих помощь зарегистрированному лицу в заполнении этой формы	
Заполните этот раздел, если вы являетесь частным лицом (т.е. агентами, брокерами, консультантами программы SHIP, членами семьи или другими лицами), помогающим зарегистрированному лицу заполнить эту форму	
Имя и фамилия:	Кем приходитеесь участнику:
Подпись:	Национальный номер производителя (только для агентов/брокеров):
Номер телефона:	Адрес электронной почты:
Дата получения:	Предлагаемая дата вступления в силу:

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) собирают информацию от планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA), улучшения ухода и для выплаты льгот Medicare. Раздел 1851 Закона о социальном обеспечении и параграфы 422.50 и 422.60 раздела 42 свода федеральных нормативных актов (CFR) разрешают сбор этой информации. CMS могут использовать, раскрывать и обмениваться регистрационными данными от бенефициаров Medicare, как указано в Уведомлении о системе регистрации данных (SORN) «Рецептурные препараты по программе Medicare Advantage (MARx)», системный номер 09-70-0588. Ваши ответы в этой форме являются добровольными. Тем не менее отсутствие ответа может повлиять на возможность регистрации в плане.