

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 բոլոր իրերը 1-ին բաժնում: Բաժին 2-ի կետերը կամավոր են. ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության տրամադրումը, եթե չլրացնեք դրանք:

Չիշեցումներ.

- 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 կուղարկի ծրագրի ապահովագրի համար: Դուք կարող եք գրանցվելիս որոշել, որպեսզի ձեր ապահովագրի վճարումները հանվեն ձեր բանկային հաշվից կամ ձեր ամսական Մոցիալական ապահովության (կամ Երկաթուղայինների կենսաթոշակային խորհրդի) նպաստից:

Ի՞նչ է կատարվում այնուհետք

Ձեր լրացրած և ստորագրած ձևաթուղթն ուղարկել 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

Չանգահարեք L.A.-ի 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 2 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, ամփա տեղեկության աղբյուրները որոնելու, անհրաժեշտ տեղեկություն հավաքելու և տեղեկության հավաքումն ամբողջացնելու և վերանայելու ժամանակը: Ժամանակի գնահատում(ներ)ի վերաբերյալ նկատողություններ կամ այս ձևաթուղթը բարելավելու համար առաջարկներ ունենալու դեպքում խնդրվում է գրել հետևյալ հասցեին՝ 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 փաստաթուղթ (օրինակ՝ հայցեր, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Reports Clearance Office-ին: Մեր կողմից ստացված ցանկացած նյութ, որը չի առնչվում այս ձևաթղթի բարելավմանը կամ դրա հավաքման գործընթացին (նշված է OMB 0938-1378-ում), կոչնչացվի: Այն չի պահվի, վերանայվի կամ ուղարկվի ծրագրին: Տե՛ս «Ի՞նչ է կատարվում այնուհետև» բաժինը այս էջում՝ 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.

[Կամավոր. միջին անունի

Ծննդյան ամսաթիվ. (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
(/ /)

Սեռ՝

[] Արական [] Իգական

Հեռախոսահամար՝

()

Հեռախոսահամարի տեսակը՝

[] Տնային [] Բջջային

Մշտական բնակավայրի հասցե (մի՛ մոտքագրեք փոստարկղի համարը).

Քաղաք՝

[Ընտրովի. Վարչաշրջան]

Նահա

Փոստային

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

Փողոցի 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 ունենալո՞ւ եք այլ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն (օրինակ՝ VA-ի, TRICARE-ի): [] Այո [] Ոչ

Այլ ապահովագրության անվանումը.

Այդ ապահովագրության անդամի համարը.

Այդ ապահովագրության խմբային համարը.

Դուք գրանցվա՞ծ եք Medi-Cal-ում:

[] Այո [] 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 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 (տե՛ս Գաղտնիության հայտարարությունը ստորև): Այս ձևաթղթին պատասխանում եք կամավոր հիմունքներով: Մակայն 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: Լիազորված ներկայացուցչի կողմից ստորագրված լինելու դեպքում (ինչպես նկարագրվել է վերևում), այս ստորագրությունը նշանակում է, որ՝
1) Տվյալ անձը նահանգային օրենսդրության համաձայն լիազորված է կատարելու այս անդամագրումը,
2) Տվյալ լիազորված անձի փաստաթղթերը հասանելի են՝ ըստ Medicare-ի պահանջի ներկայացվելու համար:

Ստորագրություն.

Այսօրվա ամսաթիվը.

Եթե դուք լիազորված ներկայացուցիչն եք, ստորագրեք վերևում և լրացրեք հետևյալ դաշտերը.

Անուն՝

Հասցե՝

Հեռախոսահամար՝

Կապը անդամագրված անձի հետ՝

Բաժին 2 – Այս էջի բոլոր դաշտերը ընտրովի 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Ոչ, չունեմ հիսպանիկ, լատինոամերիկյան կամ իսպանական ծագում
☐ Այո, պուերտորիկացի
☐ Այո, այլ հիսպանիկ, լատինոամերիկյան կամ իսպանական ծագում
☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել. | ☐ Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո
☐ Այո, կուբացի |
|---|---|

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի.
☐ Ասիացի հնդիկ
☐ Չինացի
☐ Ֆիլիպինցի
☐ Ճապոնացի
☐ Կորեացի
☐ Վիետնամցի
☐ Այլ ասիացի | ☐ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի
☐ Բնիկ Հավայյան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ.
☐ Գուամանյան կամ Չամորո
☐ Բնիկ հավայացի
☐ Սամուացի
☐ Այլ խաղաղօվկիանոսյան բնակիչ
☐ Սպիտակ
☐ Ի Նախընտրում եմ չպատասխանել |
|---|---|

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

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| ☐ իսպաներեն
☐ ռուսերեն
☐ Լատադա
☐ Լեվեոնաբերեն
☐ Կասսկեբերեն
☐ Էմեթ/Կամբոջերեն | ☐ մանդարին
☐ արաբերեն | ☐ կանտոներեն
☐ Կորեերեն
☐ հայերեն
☐ | ☐ |
|---|--|--|--------------------------|

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

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| ☐ իսպաներեն
☐ վիետնամերեն | ☐ չինարեն
☐ պարսկերեն | ☐ կորեերեն
☐ քմեր/կամբոջերեն | ☐ հայերեն
☐ Բնիկ Հավայյան | ☐ ռուսերեն
☐ Կասկեբերեն | ☐ արաբերեն
☐ Լատադա |
|--|--|---|--|--|--|

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

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Խոշոր տառերով | ☐ Աուդիո 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:

Աշխատու՞մ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ Ձեր ամուսինը/կինն աշխատու՞մ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Նշեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկին (PCP).

PCP-ի հեռախոսահամարը. ()

PCP-ի հասցե՝

L.A. Care մատակարարի ID համարը (նշված է մատակարարների հասցեագրքում).

Բժշկական խումբ / IPA.

Ներկայումս այս բժշկի հիվանդն եք:
☐ Այո ☐ Ոչ

Երկրորդական հեռախոսահամար. ()

Հեռախոսահամարի տեսակը. ☐ Տնային ☐ Բջջային

☐ Նշելով այս վանդակատուփը՝ դուք համաձայնում եք թույլատրել L.A. Care-ին կապ հաստատել Ձեզ հետ, այդ թվում՝ զանգահարելով կամ հաղորդագրություններ գրելով: Կարող եք ցանկացած պահի փոխել այս համաձայնությունը՝ դիմելով L.A. Care-ին:

Էլ. հասցե.

☐ Նշելով այս վանդակատուփը՝ դուք համաձայնում եք թույլատրել L.A. Care-ին կապ հաստատել և հաղորդակցվել Ձեզ հետ էլփոստով: 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.

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ 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 դեղատոմսային դեղ (MARx)», Համակարգ թիվ 09-70-0588: Այս ձևաթղթին պատասխանում եք կամավոր հիմունքներով: Սակայն չպատասխանելը կարող է ազդել ծրագրում ձեր անդամագրման վրա:

Գործակալի աջակցության տեղեկություններ	
Գործակալի անուն՝	Գործակալի արտոնագրի համար՝
Գործակալի հեռախոսահամար՝	Գործակալի էլ. հասցե՝
Գործակալի ստացման ամսաթիվը.	Գործակալի առաջարկվող ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝