L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)

Форма OMB № 0938-1378
Действительна до: 31.12.2026 г.

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 ежегодно (начало периода покрытия — с 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: вы должны заполнить все пункты в разделе 1. Пункты раздела 2 необязательны для заполнения — вам не откажут в покрытии, если вы их не заполните.

Напоминания

- Если вы хотите присоединиться к плану во время осеннего открытого периода регистрации (15 октября – 7 декабря), вам необходимо отправить заполненную форму в план 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 из 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 >

После обработки вашего запроса на присоединение к плану с вами свяжутся.

Как получить помощь по заполнению этой формы?

Позвоните в < L.A. Care Health Plan > по телефону <1-833-592-3767 >. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру < 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 бумажного документооборота от 1995 года, ни одно лицо не обязано отвечать на запрос информации до момента присвоения такому запросу 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 материалы, содержащие вашу личную информацию (например, заявления, платежи, медицинские карты и т. д.), в отдел утверждения отчетов в рамках PRA (Закона о сокращении 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. См. раздел «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

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) (/ /)	Пол: [ ] Мужской [ ] Женский	Номер телефона: ( )	Тип номера телефона: [ ] Домашний [ ] Мобильный

Адрес постоянного места жительства (не указывать P.O. Box. Примечание: в отношении лиц, не имеющих жилья, P.O. Box может рассматриваться как адрес постоянного места жительства):

Город:	[Необязательно: округ]:	Штат:	Почтовый

Почтовый адрес, если отличается от адреса постоянного места жительства (можно указать P.O. Box):
Улица, номер дома: Город: Штат: Почтовый индекс:

Данные Medicare:

Номер 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, относящийся к этому покрытию:	Номер группы, относящийся к этому покрытию:
_____	_____	_____

Вы зарегистрированы в Medi-Cal? [ ] Да [ ] Нет	Если «Да», укажите свой номер участника Medi-Cal:

ВАЖНО! Прочтите и подпишите ниже:

- Мне необходимо сохранить больничное (часть A) и медицинское (часть B) 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 MA и что регистрация в этом плане автоматически прекратит мою регистрацию в другом плане MA (исключения применимы для планов MA PFFS, MA 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 участника или соглашение подписчика). Ни Medicare, ни < L.A. Care Medicare Plus > не будут оплачивать льготы или услуги, которые не входят в страховое покрытие.
- 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. В случае подписания уполномоченным представителем (как описано выше), эта подпись подтверждает, что: 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата завершить данную регистрацию; и 2) документация по этому вверению полномочий доступна Medicare по запросу.	
Подпись:	**Дата:**
Если вы являетесь уполномоченным представителем, подпишитесь выше и заполните следующие поля.	
Имя:	Адрес:
Номер телефона:	Кем приходится участнику:

Раздел 2 — все поля этого раздела необязательны к

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

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

[ ] Испанский [ ] Китайский [ ] Корейский [ ] Армянский [ ] Русский
[ ] Арабский [ ] Тагальский [ ] Вьетнамский [ ] Фарси [ ] Кхмерский/камбоджийский

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

[ ] Крупный шрифт [ ] Звуковой компакт-диск [ ] Компакт-диск с данными [ ] Шрифт Брайля

Звоните в < L.A. Care Medicare Plus > по телефону <1-833-522-3767>, если вам нужна информация в доступном формате, отличном от указанного выше. Режим работы: < Мы доступны 24 часа в день, 7 дней в неделю, включая выходные>. Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру <711 number>.

Работаете ли вы? [] Да [] Нет Работает ли ваш супруг? [] Да [] Нет

Укажите сведения о своем враче первичного обслуживания (PCP):

Номер телефона PCP: ( )	Адрес PCP:

Ид. номер поставщика услуг L.A. Care (указан в справочнике поставщиков услуг):	Медицинская группа / IPA:	Являетесь ли Вы в данный момент пациентом этого врача? [ ] Да [ ] Нет

Ваш дополнительный номер телефона:	Тип номера телефона: [ ] Домашний [ ] Мобильный

Адрес электронной почты:

[ ] Поставив галочку в этом поле, вы даете согласие L.A. Care на связь и общение с вами, в том числе посредством звонков, текстовых сообщений или почтовых писем. 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 телефону <1-833-522-3767 TTY 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:	Кем приходится участнику:
Подпись:	Национальный регистрационный номер (только для страховых 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.