

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

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 А (больничное страхование);
- Medicare часть В (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: вы должны заполнить все пункты в разделе 1. Пункты раздела 2 необязательны для заполнения — если вы их не заполните, вам не может быть отказано в покрытии.

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 ОМВ. Действующий контрольный номер ОМВ 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 какие-либо комментарии касательно точности расчетного времени или предложения по усовершенствованию данной формы, пишите нам 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 по обработке отчетов PRA. Любые полученные нами предложения, которые не касаются улучшения этой формы или уменьшения времени сбора информации (изложенные в ОМВ 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.

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

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. Номер для пользователей ТТУ: 711.

Также можно звонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Номер для пользователей ТТУ: 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 2 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.

Раздел 2: все поля в этом разделе являются необязательными

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.

- Нет, не испаноязычный (-ая) американец (-ка), латиноамериканец (-ка) или испанец (-ка)
 Да, мексиканец (-ка), мексико-американец (-ка), чикано/а Да, пуэрториканец (-ка)
 Да, другое испанское или латиноамериканское происхождение Да, кубинец (-ка)
 Я предпочитаю не отвечать.

Ваша раса? Выберите все подходящие варианты.

- Американские индейцы или коренные жители Аляски Черные или афроамериканцы
Азиаты: Черной житель Гавайских островов и островов Тихого океана:
 Индусы Гуам (чаморро)
 Китайцы Коренные гавайцы
 Филиппинцы Самоанцы
 Японцы Другие уроженцы островов Тихого океана
 Корейцы Белые
 Вьетнамцы **Я предпочитаю не отвечать**
 Другие азиаты

Выберите предпочитаемый язык общения, если он отличается от английского.

- испанский мандаринский кантонский корейский армянский русский арабский
 тагальский вьетнамский фарси кхмерский/камбоджийский

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

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

Работаете ли вы? Да Нет

Работает ли ваш (-а) супруг (-а)? Да Нет

Укажите сведения о своем враче первичного обслуживания (PCP):

Номер телефона PCP: ()

Адрес PCP:

Ид. номер поставщика медицинского обслуживания в L.A. Care (указан в справочнике поставщиков услуг):

Медицинская группа / IPA:

Являетесь ли вы пациентом этого врача в настоящий момент?

- Да Нет

Дополнительный номер телефона: ()

Тип номера телефона: Домашний

Поставив галочку в этом поле, вы даете согласие L.A. Care на связь и общение с вами, в том числе посредством звонков и текстовых сообщений. Вы можете в любой момент отозвать это разрешение, обратившись в L.A. Care.

Адрес электронной почты:

Поставив галочку в этом поле, вы даете согласие L.A. Care на связь и общение 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 телефону 1-833-522-3767, 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:

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.

Информация об агенте, оказывающем услуги помощи	
Имя агента:	Номер лицензии агента:
Номер телефона агента:	Адрес электронной почты агента:
Дата поступления агенту:	Предлагаемая агентом дата вступления в силу: