

# Индивидуальный бланк запроса на регистрацию в план CareOregon Advantage HMO-POS D-SNP – план Medicare Prescription Drug Plan (план программы Medicare Advantage с оплатой рецептурных препаратов по части D)

## Кто может использовать этот бланк?

Участники программы Medicare, желающие зарегистрироваться в план Medicare Advantage или Medicare Prescription Drug Plan.

## Для регистрации в план вы должны:

- Быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях.
- Проживать в зоне обслуживания плана.

**Важное примечание:** Для регистрации в план Medicare Advantage вы должны быть участником обоих планов:

- Medicare Part A (страхование пребывания в стационаре)
- Medicare Part B (медицинское страхование)

## Когда следует использовать этот бланк?

Вы можете зарегистрироваться в план:

- В период с 15 октября по 7 декабря каждого года (для получения страхового обеспечения, начинающегося 1 января).
- В течение 3 месяцев с момента первой регистрации в программу Medicare.
- В определенных ситуациях, когда вам разрешено зарегистрироваться или сменить план.

Посетите веб-сайт **medicare.gov**, чтобы получить дополнительную информацию о том, когда вы можете записаться в план.

## Что мне нужно для заполнения этого бланка?

- Ваш номер участника программы Medicare (номер указан на вашей карточке участника программы Medicare красно-бело-синего цвета)
- Ваш постоянный адрес и номер телефона

**Примечание:** Вы должны заполнить все пункты на страницах 2 и 6. Пункты на страницах 3, 4 и 5 являются необязательными – вам не может быть отказано в страховом обеспечении из-за того, что вы их не заполнили.

## Напоминаем:

- Если вы желаете зарегистрироваться в план во время осенней открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), администрация плана страхования должна получить ваш заполненный бланк до 7 декабря.

## Что произойдет дальше?

После того как вы заполните все необходимые страницы этого бланка, подпишите его и отправьте на адрес:

CareOregon Advantage  
315 SW Fifth Ave  
Portland, OR 97204

Как только мы обработаем ваш запрос на регистрацию, мы свяжемся с вами.

## Как я могу получить помощь при заполнении этого бланка?

Позвоните в план CareOregon Advantage по телефону 888-712-3258. Пользователи ТТУ могут позвонить по номеру 711.

Или позвоните в программу Medicare по телефону 800-MEDICARE (800-633-4227). Пользователи ТТУ могут позвонить по телефону 877-486-2048.

**En español:** Llame a CareOregon Advantage al 888-712-3258 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Лица, испытывающие бездомность

- Если вы желаете зарегистрироваться в план, но не имеете постоянного места жительства, адресом вашего постоянного места жительства может считаться почтовый ящик, адрес приюта или клиники, или адрес, на который вы получаете почту (например, чеки социального страхования).

# Для того, чтобы зарегистрироваться в программе CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP, пожалуйста, предоставьте следующую информацию

(все поля на этой странице обязательны для заполнения за исключением тех, которые отмечены символом \*)

Фамилия:		Имя:		Инициал среднего имени или отчества:	
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) / /		Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Номер телефона: ( )		*Альтернативный номер телефона: ( )
Адрес (номер дома, улица) постоянного места жительства:					
Город:		*Округ:	Штат:	Почтовый индекс:	
Почтовый адрес, если он отличается от адреса постоянного проживания (допускается наличие абонентского ящика):					

## Ваши данные участника программы Medicare:

Номер участника программы Medicare: \_\_\_\_\_ \*Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_ \*Дата вступления в силу: \_\_\_\_\_  
Часть А \_\_\_\_\_ Часть В \_\_\_\_\_

## Ответьте на эти важные вопросы:

Есть ли у вас другое страховое обеспечение рецептурных лекарств (например, VA, TRICARE) в дополнение к плану CareOregon Advantage Plus?

Да  Нет Если да, укажите название другого страхового полиса: \_\_\_\_\_

Номер обладателя этого страхового полиса: \_\_\_\_\_

Номер группы этого страхового полиса: \_\_\_\_\_

Зарегистрированы ли вы в программу Medicaid (Oregon Health Plan) в своем штате?

Да  Нет Если да, укажите, пожалуйста, свой номер участника программы Medicaid (Oregon Health Plan): \_\_\_\_\_

**Заполнение всех полей в этом разделе является необязательным**

Пожалуйста, расскажите нам немного больше о себе. Вы решаете, отвечать вам на эти вопросы или нет. Вам не может быть отказано в страховом обеспечении из-за того, что вы не ответили на них. Любая предоставленная вами информация будет использована только для того, чтобы помочь нам понять, кто регистрируется в наш план страхования, с целью сокращения неравенства в определенных группах.

**ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ!** Пожалуйста, укажите имя, фамилию вашего врача Primary Care Physician (PCP, основной лечащий врач), название клиники или медицинского центра:

Имя и фамилия PCP: \_\_\_\_\_

Местонахождение клиники PCP: \_\_\_\_\_

Название клиники: \_\_\_\_\_

Регулярный пациент:  Да  Нет

**Являетесь ли вы испаноязычным, латиноамериканцем или лицом испанского происхождения? Выберите все применимые варианты ответа.**

- Нет, я не являюсь испаноязычным, латиноамериканцем или лицом испанского происхождения  Да, пуэрториканец
- Да, мексиканец, мексиканец американского происхождения, чикано  Да, кубинец
- Да, я являюсь лицом другого испаноязычного, латиноамериканского или испанского происхождения  **Я предпочитаю не отвечать**

**Предпочитаемое имя:**

**Предпочитаемая фамилия:**

**Какие местоимения вы предпочитаете?**

- Он, его, сам  Она, ее, сама  Они, их, сами
- Другие местоимения  Неизвестные местоимения

**Какова ваша гендерная идентичность?**

- Трансгендерная женщина  Трансгендерный мужчина  Небинарная идентичность
- Мужчина  Женщина  Другое  Я предпочитаю не указывать информацию

**Какова ваша расовая принадлежность? Выберите все применимые варианты ответа.**

- Американский индеец или коренной житель Аляски  Китаец  Японец
- Азиат другого происхождения  Вьетнамец  Индус
- Филиппинец  Кореец  Коренной житель других островов Тихого океана
- Европейец  Чернокожий или афроамериканец  Уроженец острова Гуам или чаморро
- Коренной житель Гавайских островов  Самоанец  **Предпочитаю не отвечать**

**Пожалуйста, отметьте один из приведенных ниже пунктов, если вы предпочитаете письменное общение на языке, отличном от английского:**

- Русский  Упрощенный китайский  Традиционный китайский  Испанский
- Вьетнамский  Другой язык: \_\_\_\_\_

**Какой язык вы предпочитаете для разговорного общения?**

Пожалуйста, укажите, предпочитаете ли вы устное общение на языке, отличном от английского:

---

**Желаете ли вы получать от нас информацию в доступном формате?**

Крупный шрифт     Шрифт брайля     Аудио диск

Если вам требуется информация в доступном формате, позвоните в CareOregon Advantage по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258, ТТУ 711. Часы работы нашего офиса: с 1 октября по 31 марта с 8:00 до 20:00 каждый день; с 1 апреля по 30 сентября с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу.

---

Работаете ли вы по найму?     Да  Нет    Работает ли по найму ваш(-а) супруг(-а)?     Да  Нет

---

**Согласие на обмен информацией в эл. виде**

Я предпочитаю, чтобы представители плана CareOregon Advantage и другие лица, работающие от его имени, направляли мне информацию в электронном виде. Я даю разрешение представителям плана CareOregon Advantage на отправку мне информации и/или данных, включая, в частности, предупреждения, необходимые материалы и информацию о медицинских льготах. Представители плана CareOregon Advantage могут связаться со мной по электронной почте, с помощью автоматического смс сообщения и/или телефонного звонка. Я понимаю, что в этом случае могут применяться тарифы на передачу сообщений и данных. Я понимаю, что у меня есть возможность отказаться от электронного общения в любое время, обратившись в администрацию плана CareOregon Advantage по указанному выше номеру телефона.

Адрес моей электронной почты: \_\_\_\_\_

Номер моего мобильного телефона: \_\_\_\_\_

**Подтверждение права на участие в период регистрации**

**Как правило, вы можете зарегистрироваться для участия в плане Medicare Advantage в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года.** Существуют исключения, которые могут позволить вам зарегистрироваться в плане Medicare Advantage вне этого периода.

Пожалуйста, внимательно прочитайте следующие утверждения и отметьте, относятся ли они к вам. Отмечая любой из указанных ниже пунктов, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы имеете право на регистрацию в течение отведённого для этого времени. Если позже мы установим, что эта информация неверна, вы можете быть исключены из числа участников плана.

- Я являюсь новым участником программы Medicare.
- Я зарегистрирован(-а) для участия в плане Medicare Advantage и желаю внести изменения в план страхования в период открытой регистрации для участия в программе Medicare Advantage (МА ОЕР).
- Я недавно переехал(-а) за пределы зоны обслуживания моего нынешнего плана страхования или я недавно переехал(-а), и этот план является для меня новой возможностью. Я переехал(-а) (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- Я недавно освободился(-лась) из мест лишения свободы. Я был(-а) освобожден(-а) (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- Я недавно вернулся(-лась) в США после постоянного проживания за пределами США. Я вернулся(-лась) в США (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- Я недавно получил(-а) статус законного проживания в США. Я получил(-а) этот статус (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- У меня недавно произошли изменения, влияющие на моё участие в программе Medicaid (я стал(-а) участником программы Medicaid, у меня изменился уровень обслуживания по программе Medicaid или я утратил(-а) страхование по программе Medicaid) (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- У меня недавно изменился размер дополнительной помощи (Extra Help) для оплаты рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare (мне была предоставлена дополнительная помощь, у меня изменился уровень дополнительной помощи или я утратил(-а) дополнительную помощь) (укажите дату) \_\_\_\_\_.
- Я являюсь участником как программы Medicare, так и программы Medicaid (или я получаю от штата помощь в оплате страховых взносов по программе Medicare), или я получаю дополнительную помощь для оплаты рецептурных лекарств по программе Medicare, но у меня не было никаких изменений.

## Подтверждение права на участие в период регистрации — продолжение

- Я переезжаю, проживаю или недавно переехал(-а) из учреждения долгосрочного ухода (например, дома престарелых или учреждения длительного пребывания). Я переехал(-а)/планирую переехать в учреждение или из него (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я недавно прекратил(-а) участие в программе PACE (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я недавно вынужденно потерял(-а) надежное страховое обеспечение рецептурных лекарств (обеспечение, не уступающее программе Medicare). Я лишился(-лась) страхового обеспечения лекарственных препаратов (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я прекращаю своё участие в программе страхового обеспечения работодателя или профсоюза (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я участвую в программе помощи в оплате рецептурных препаратов, предоставляемой штатом.
- Мой план прекращает свой контракт с программой Medicare или программа Medicare прекращает свой контракт с моим планом.
- Я был(-а) зарегистрирован(-а) в план программой Medicare (или штатом) и желаю выбрать другой план. Моя регистрация в этом плане началась (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я был(-а) зарегистрирован(-а) в план Special Needs Plan (SNP, план для лиц с особыми потребностями), но лишился(-лась) категории лиц с особыми потребностями, необходимой для участия в этом плане. Я был(-а) исключен(-а) из плана SNP (указать дату) \_\_\_\_\_.
- Я пострадал(-а) в результате чрезвычайной ситуации или крупного стихийного бедствия (объявленного агентством Federal Emergency Management Agency (FEMA, Федеральное агентство по управлению чрезвычайными ситуациями)), в связи с погодными условиями. Ко мне относилось одно из других утверждений, но я не смог(-ла) записаться в программу из-за стихийного бедствия.

Если к вам не относится ни одно из этих утверждений или вы не уверены в этом, обратитесь в план CareOregon Advantage по телефону 503-416-4279 или бесплатному номеру телефона 888-712-3258, телетайпу TTY 711, чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в программе. Часы работы: с 1 октября по 31 марта - с 8:00 до 20:00 ежедневно; с 1 апреля по 30 сентября - с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу.

*ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ* Центры Medicare и Medicaid Services (CMS) собирают информацию от планов программы Medicare для отслеживания регистрации участников в программе Medicare Advantage (MA) или планах Prescription Drug Plans (PDP), улучшения качества обслуживания и для выплаты пособий по программе Medicare. Сбор этой информации разрешен статьями 1851 и 1860D-1 Закона о социальном обеспечении и разделом 42 свода федеральных нормативных актов (CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 и 423.32. Центры CMS могут использовать, раскрывать и обмениваться данными о регистрации участников программы Medicare, как указано в уведомлении System of Records Notice (SORN, Уведомление о системе записей) программы Medicare Advantage Prescription Drug (MARx), системный номер 09-70-0588. Ваш отзыв на получение этого документа является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на регистрацию в план.

### CareOregon Advantage Plan Use Only / Исключительно для представителей плана CareOregon Advantage

Agent/Broker Name (if assisted with Enrollment): \_\_\_\_\_

Writing #: \_\_\_\_\_ Agent Received Date: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICER/IEP  AEP  MAOEP  SEP (type): \_\_\_\_\_

**ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ: Прочтите и подпишите ниже:**

- Для того, чтобы сохранить регистрацию в программе CareOregon Advantage, я должен (должна) оставаться участником планов по части Part A и Part B.
- **Разглашение информации:** Регистрируясь в этот план Medicare Advantage, я подтверждаю, что представители плана будут предоставлять мою информацию работникам программы Medicare и других планов, если это необходимо для лечения, осуществления оплаты и операций по оказанию медицинской помощи. Я также подтверждаю, что план CareOregon Advantage будет передавать мою информацию, включая данные о событиях, связанных с приемом рецептурных препаратов, в программу Medicare, которая может предоставлять ее для проведения исследований и других целей в соответствии со всеми применимыми федеральными законами и правилами. Ваш отзыв на получение этого документа является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на регистрацию в план.
- Я понимаю, что одновременно могу быть зачислен(-а) только в один план МА или Part D, и что регистрация в этот план автоматически прекращает мою регистрацию в другом плане МА или Part D (исключения касаются планов МА PFFS, МА MSA).
- Информация, содержащаяся в данном бланке регистрации, насколько мне известно, является верной. Я понимаю, что, если я намеренно предоставлю ложную информацию в этом бланке, я буду исключен(-а) из плана.
- Я понимаю, что участники программы Medicare, как правило, не обеспечиваются страхованием в рамках программы Medicare, находясь за пределами страны, за исключением страхового обеспечения в ограниченном объеме вблизи границы США.
- Я понимаю, что после начала действия страхового обеспечения в рамках плана CareOregon Advantage я должен (должна) получать все свои медицинские услуги и пособия по оплате рецептурных препаратов в рамках плана CareOregon Advantage. Будут предоставлены льготы и услуги, разрешенные планом CareOregon Advantage и указанные в моем документе плана CareOregon Advantage под названием «Evidence of Coverage» (Свидетельство страхового обеспечения) (также известном как контракт участника или соглашение с участником).  
**Без соответствующего разрешения ни программа Medicare, ни план CareOregon Advantage оплачивать льготы или услуги не будут.**
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, имеющего законное право действовать от моего имени) в данном бланке заявления означает, что я прочитал(-а) и понимаю содержание данного заявления. В случае подписания уполномоченным представителем (как описано выше) эта подпись удостоверяет, что:
  - 1) Это лицо уполномочено законом штата заполнить данное заявление, и
  - 2) Документация, подтверждающая эти полномочия, может быть предоставлена по запросу представителя программы Medicare.

Подпись: \_\_\_\_\_ Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните эти поля:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Кем приходится заявителю: \_\_\_\_\_