

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 владельца 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) _____.
- У меня есть программа Medicare, и я получаю все льготы по программе Medicaid. Я хочу присоединиться к плану или стать членом плана, который координирует мои планы управляемого медицинского обслуживания Medicare и Medicaid (так называемый Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, интегрированный план для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на получение помощи)).

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: _____

ICEP/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: _____