Individual enrollment request form (Форма запроса на регистрацию физического лица)

для CareOregon Advantage HMO D-SNP — плана Medicare Advantage, предусматривающего покрытие рецептурных препаратов согласно Части D

Для кого эта форма?

Для участников Medicare, желающих присоединиться к плану Medicare Advantage.

Требования для участия в плане:

- Гражданство США или законное пребывание в США.
- Проживание в зоне обслуживания плана.

Важно! Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage, необходимы оба покрытия:

- Medicare, Часть A (покрытие госпитализации);
- Medicare, Часть B (покрытие медицинских услуг).

Когда можно подать форму?

Заявки на регистрацию принимаются:

- с 15 октября по 7 декабря каждого года (страховое покрытие начнется с 1 января);
- в течение 3 месяцев после первой регистрации в Medicare;
- в особых случаях, когда разрешено вступить в план или сменить его.

Подробнее о сроках подачи заявки смотрите на сайте ***medicare.gov***.

Что понадобится для заполнения формы?

- Номер Medicare (указан на красно-бело-голубой карте Medicare).
- Постоянный адрес и номер телефона.

Примечание. Необходимо заполнить все поля на страницах 2 и 6. Поля на страницах 3, 4 и 5 заполняются по желанию. Вам не могут отказать в страховании, если вы их не заполните.

Важная информация

- Если вы хотите стать участником плана во время осеннего периода открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), план должен получить заполненную вами форму не позднее 7 декабря.

Что дальше?

Когда вы заполните все обязательные страницы формы, подпишите ее и отправьте по адресу:

CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Мы свяжемся с вами, как только ваша заявка на регистрацию будет обработана.

Как получить помощь с заполнением формы?

Позвоните в CareOregon Advantage по номеру 888-712-3258. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 711.

Или свяжитесь с сотрудниками программы Medicare по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 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.

Бездомные лица

- Если у вас нет постоянного адреса, за таковой может считаться почтовый ящик, адрес приюта, клиники или места, куда приходит ваша почта (например, чеки социального обеспечения).

Чтобы зарегистрироваться в плане CareOregon Advantage Plus HMO D-SNP, предоставьте следующую информацию

(все поля на этой странице обязательны для заполнения, кроме отмеченных символом «*»)

Фамилия:	**Имя:**		*** Инициал второго имени:**
Дата рождения: (мм/дд/гггг)	**Пол:** ☐ Мужской ☐ Женский	**Телефон:**	*** Альтернативный телефон:**
Постоянный адрес (если его нет, можно указать абонентский ящик):			
Город:	*** Округ:**	**Штат:**	**Почтовый индекс:**
Почтовый адрес, если он отличается от постоянного (можно указать абонентский ящик):			

Информация о плане Medicare

Номер Medicare: _____ *** Дата вступления в силу:*** **Часть A** _____ **Дата вступления в силу:** **Часть B** _____

Ответьте на следующие важные вопросы

Будет ли у вас другое покрытие рецептурных лекарств (например, VA, TRICARE) помимо CareOregon Advantage Plus?

☐ Да ☐ Нет Если да, укажите другое покрытие: _____

Номер участника от этого покрытия: _____

Номер группы от этого покрытия: _____

Вы участвуете в программе Medicaid штата (Oregon Health Plan)?

☐ Да ☐ Нет Если да, укажите ваш номер Medicaid (Oregon Health Plan): _____

Все поля в этом разделе заполняются по желанию

Расскажите немного о себе. Вы не обязаны отвечать на эти вопросы. Вам не могут отказать в страховании, если вы не заполните этот раздел. Вся предоставленная вами информация будет использоваться только для анализа с целью больше узнать об участниках, чтобы сократить неравенство в доступе к медицинским услугам.

ВАЖНО! Укажите имя вашего врача общей практики (PCP), название клиники или медицинского центра:

Имя и фамилия PCP: _____

Адрес клиники PCP: _____

Название клиники: _____

Являетесь ли вы уже пациентом этой клиники: ☐ Да ☐ Нет

Если вы предпочли бы получать письменные материалы не на английском, а на другом языке, отметьте один из пунктов ниже:

☐ Русский ☐ Упрощенный китайский ☐ Традиционный китайский ☐ Испанский ☐ Вьетнамский

Какой язык вы предпочли бы для устного общения?

Укажите, хотели ли бы вы для устного общения использовать другой язык вместо английского:

Хотите ли вы получать информационные материалы в более доступном формате?

☐ Крупным шрифтом ☐ Шрифтом Брайля ☐ CD с аудиофайлами ☐ CD с данными

Если вам нужны информационные материалы в одном из этих форматов, позвоните в CareOregon Advantage по номеру 503-416-4279 или на бесплатную линию 888-712-3258 (TTY: 711). Звонки принимаются с 8:00 до 20:00 с 1 октября по 31 марта без выходных и с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября.

Вы трудоустроены? ☐ Да ☐ Нет Есть ли трудоустройство у супруга/супруги? ☐ Да ☐ Нет

Согласие на коммуникацию через электронные каналы связи

Я хочу, чтобы план CareOregon Advantage и его уполномоченные представители направляли мне информацию в электронном виде. Я разрешаю CareOregon Advantage присылать мне информационные материалы и другие данные, включая уведомления, обязательные материалы и информацию о медицинских льготах. CareOregon Advantage может связываться со мной по электронной почте, телефону, а также через автоматическую рассылку текстовых сообщений. Я понимаю, что за отправку данных и рассылку сообщений может взиматься плата. Я знаю, что могу отказаться от коммуникации через электронные каналы связи в любое время, обратившись в CareOregon Advantage по указанному выше номеру.

Моя электронная почта: _____

Мой мобильный телефон: _____

Подтверждение права на период регистрации

Обычно регистрация в плане Medicare Advantage происходит во время ежегодного периода регистрации — с 15 октября по 7 декабря. Однако в особых случаях можно подать заявку на участие в плане Medicare Advantage вне этого периода.

Внимательно ознакомьтесь со следующими утверждениями и поставьте галочку, если оно относится к вам. Отмечая любое из следующих полей, вы подтверждаете, что, по имеющимся у вас сведениям, вы имеете право на период регистрации. Если позже окажется, что информация неверна, вас могут исключить из плана.

- ☐ Я впервые регистрируюсь в Medicare.
- ☐ Я уже участвую в Medicare Advantage и хочу сменить план в период открытой регистрации в Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Недавно у меня был переезд за пределы зоны обслуживания моего текущего плана или в район, где стал доступен этот план. Дата переезда: _____.
- ☐ Недавно меня освободили из мест лишения свободы. Дата освобождения: _____.
- ☐ Недавно у меня произошло возвращение в США после постоянного проживания за границей. Дата возвращения: _____.
- ☐ Недавно мной получен законный иммиграционный статус в США. Дата получения статуса: _____.
- ☐ Недавно изменился статус моего участия в программе Medicaid (первое получение, изменение уровня или утрата права на участие). Дата: _____.
- ☐ Недавно изменился мой статус участия в программе Extra Help (Дополнительная помощь), оплачивающей покрытие рецептурных лекарств в рамках Medicare (первое получение, изменение уровня или утрата права на участие). Дата: _____.
- ☐ У меня есть Medicare и полные льготы от Medicaid. Я хочу вступить или перейти в план, который объединяет покрытие программ Medicare и Medicaid (такой план называется объединенным Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)).
- ☐ У меня была регистрация в плане Special Needs Plan (SNP), однако я более не соответствую критериям для участия в нем. Дата исключения из плана SNP: _____
- ☐ Я переезжаю в учреждение долговременного ухода (например, дом престарелых или учреждение долговременного ухода), живу в нем или недавно мое проживание там завершилось. Дата переезда/въезда/выезда: _____.
- ☐ Недавно прекратилось мое участие в Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Программа комплексного ухода за пожилыми людьми). Дата: _____.
- ☐ Недавно мной непреднамеренно утрачен план надежного страхования (не уступающего Medicare), покрывавший рецептурные лекарства. Дата утраты покрытия лекарств: _____.
- ☐ Я выхожу из программы страхования, предоставляемой работодателем/профсоюзом или при их посредничестве. Дата: _____.
- ☐ Я участвую в программе моего штата, оказывающей помощь в приобретении лекарств.
- ☐ Мой план инициирует завершение контракта с Medicare или Medicare инициирует завершение контракта с моим планом.
- ☐ Меня включила в план программа Medicare (или мой штат), и я хочу выбрать другой план. Дата начала моего участия в текущем плане: _____.
- ☐ Меня затронула чрезвычайная ситуация или стихийное бедствие, о котором объявляло Federal Emergency Management Agency (FEMA, Федеральное агентство по чрезвычайным ситуациям). Ко мне относился один из указанных выше случаев, но у меня не было возможности подать заявку на регистрацию из-за стихийного бедствия.

Если к вам не относится ни одно из перечисленных утверждений или у вас есть сомнения, обратитесь в CareOregon Advantage Plus по телефону 503-416-4279 или по бесплатному номеру 888-712-3258 (TTY: 711), чтобы узнать, соответствуете ли вы критериям для регистрации. Мы работаем с 8:00 до 20:00 без выходных с 1 октября по 31 марта и с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября.

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) собирают информацию от планов Medicare, чтобы отслеживать регистрацию участников в Medicare Advantage (MA) и Prescription Drug Plans (PDP), улучшать качество оказываемой помощи и обеспечивать выплаты по программе Medicare. Разрешение на сбор этой информации закреплен в разделах 1851 и 1860D-1 в Social Security Act (Закон о социальном обеспечении), а также в §§ 422.50, 422.60, 423.30 и 423.32 раздела 42 в Code of Federal Regulations (CFR, Свод федеральных нормативных актов). CMS может использовать, раскрывать и передавать данные о регистрации участников Medicare в соответствии с документом Medicare Advantage Prescription Drug (MARx, План Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов) от System of Records Notice (SORN), Системный номер 09-70-0588. Заполнение этой формы является добровольным. Однако отказ ее заполнить может повлиять на решение о вашей регистрации в плане.*

CareOregon Advantage Plan Use Only

Agent/Broker Name (if assisted with Enrollment): _____

National Producer: _____ Agent Received Date: _____

Effective Date of Coverage: _____

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ MAOEP ☐ SEP (type): _____

ВАЖНО! Прочитайте и поставьте подпись ниже.

- Чтобы продолжать участие в плане CareOregon Advantage Plus, мне необходимо сохранять право на покрытие в соответствии с Частью A (покрытие госпитализации) и Частью B (покрытие медицинских услуг) Medicare, а также Medicaid (QMB+ или SLMB+).
- **Разрешение на раскрытие информации.** Регистрируясь в плане Medicare Advantage, я разрешаю CareOregon Advantage Plus передавать мои персональные данные в Medicare для ведения записей о моем участии в плане, осуществления выплат и других целей, разрешенных федеральным законодательством, регулирующим сбор таких данных, см. Заявление о конфиденциальности в соответствии с Privacy Act (Закон о неприкосновенности частной жизни) ниже. Заполнение этой формы является добровольным. Однако отказ ее заполнить может повлиять на решение о вашей регистрации в плане.
- Я понимаю, что одновременно могу участвовать только в одном плане — MA или Часть D. Регистрация в этом плане автоматически прекратит мое участие в другом плане MA или Части D (за исключением планов MA PFFS и MA MSA).
- Насколько мне известно, сведения, внесенные в эту форму, являются достоверными и точными. Я понимаю: если в этой форме я намеренно укажу ложные сведения, меня исключат из плана.
- Я понимаю, что после начала действия покрытия CareOregon Advantage Plus у меня будет обязанность получать все медицинские услуги и рецептурные лекарства только через CareOregon Advantage Plus. Будут покрываться утвержденные льготы и услуги по плану CareOregon Advantage Plus, указанные в документе Evidence of Coverage (Справочник участника плана), также известном как «контракт участника» или «соглашение подписчика». **Ни Medicare, ни CareOregon Advantage Plus не будет предоставлять и оплачивать услуги, покрытие которых не предусмотрено.**
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись моего законного представителя) в этой форме является подтверждением того, что ее содержание мной прочитано и понято. Если форму подписывает законный представитель (как указано выше), его подпись подтверждает, что:
  1) в соответствии с законодательством штата это лицо имеет право заполнить эту форму;
  2) документальное подтверждение таких полномочий может быть предоставлено программе Medicare по запросу.

Подпись: _____ **Сегодняшняя дата:** _____

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

Имя: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Степень родства с участником: _____

Только для лиц, оказывающих помощь с заполнением формы.

Заполняйте этот раздел, только если вы помогаете потенциальному участнику заполнить эту форму (например, являетесь агентом, брокером, консультантом State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Программа помощи с медицинским страхованием штата), членом семьи или другой третьей стороной).

Имя: _____

Степень родства с участником: _____

Подпись: _____