

Центры по обслуживанию программ Medicare и Medicaid требуют, чтобы лицензированные торговые представители документировали цель назначенного приема перед любой индивидуальной встречей в целях продажи услуг, чтобы обеспечить понимание того, что будет обсуждаться между лицензированным торговым представителем и получателем льгот Medicare (или его уполномоченным представителем). Для каждого получателя льгот Medicare следует использовать отдельную форму. Отметьте, что именно вы хотите обсудить с лицензированным торговым представителем.

**УКАЖИТЕ ПРОДУКТ(Ы), КОТОРЫЙ(-Е) ВЫ СОГЛАСНЫ ОБСУДИТЬ,
ПОСТАВИВ ОТМЕТКУ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ(-ИХ) ПОЛЕ(-ЯХ):**

План MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP): План Medicare Advantage, который предлагает пакет льгот, разработанный для людей с особыми потребностями в медицинском обслуживании. Примеры конкретных групп, которым предоставляются эти льготы, включают людей, зарегистрированных как в Medicare, так и в Medicaid, резидентов учреждений сестринского ухода и людей с определенными хроническими заболеваниями.

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP): План Medicare Advantage, который предлагает пакет льгот, разработанный для людей с особыми потребностями в медицинском обслуживании. План MAP — это тип интегрированного плана для лиц с особыми потребностями, имеющих двойное право на участие в программах Dual- Eligible Special Needs Plan (D-SNP), в сочетании с типом управляемого плана услуг долгосрочного ухода Medicaid Managed Long-Term Care (MLTC), разработанный для людей, которые зарегистрированы как в Medicare, так и в полной программе Medicaid и которым требуется определенный объем медицинских услуг и услуг по долгосрочному уходу в сообществе, таких как уход на дому и личный уход, чтобы как можно дольше оставаться в своих домах и сообществах.

План MetroPlus Platinum (HMO): План Medicare Advantage, который предоставляет все медицинские услуги Original Medicare Part A и Part B, а иногда и лекарственное страховое покрытие Part D. В большинстве HMO вы можете получать медицинскую помощь только у врачей или в больницах, входящих в сеть плана (за исключением экстренных случаев).

Подписывая эту форму, вы соглашаетесь на встречу с лицензированным торговым представителем для обсуждения типов продуктов, которые вы отметили выше. Обращаем ваше внимание на то, что лицензированный торговый представитель, который будет обсуждать с вами продукты, является сотрудником или подрядчиком MetroPlusHealth и может получать вознаграждение в зависимости от вашей регистрации в плане.

Подписание этой формы НЕ обязывает вас регистрироваться в плане, не влияет на вашу текущую или будущую регистрацию и не регистрирует вас в плане Medicare. Вся информация, предоставленная в этой форме, является конфиденциальной. Лицензированные торговые представители не работают напрямую на федеральное правительство.

Документация цели назначенного приема попадает под требования CMS о хранении записей.

MetroPlus Health Plan, Inc. является планом системы НМО, НМО D-SNP с контрактом Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. имеет договор с программой Medicaid штата Нью-Йорк на MetroPlus UltraCare (НМО D-SNP) и соглашение о координации льгот с Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк в отношении плана MetroPlus Advantage (НМО D-SNP). **Компания MetroPlusHealth не связана с федеральным правительством, CMS, Министерством здравоохранения и социальных служб (Health and Human Services, HHS) и (или) Medicare, не одобряется ими и не имеет к ним никакого отношения.** Регистрация в плане MetroPlus Health Plan, Inc. зависит от продления контракта. В компании MetroPlus Health Plan, Inc. соблюдаются федеральные правовые нормы, касающиеся гражданских прав, и не допускается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.986.0356 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866.986.0356 (TTY: 711)。

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЙ ИЛИ ЕГО/ЕЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ И ДАТА ПОДПИСАНИЯ:

Имя и фамилия заявителя печатными буквами *Подпись заявителя* *Дата*

Если вы уполномоченный представитель, то заполните поля ниже разборчиво и печатными буквами и поставьте подпись:

Кем вы приходитеесь получателю пособий: _____

Имя и фамилия заявителя печатными буквами *Подпись заявителя* *Дата*

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ ТОРГОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ (ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ):

Имя лицензированного торгового представителя (имя, фамилия): _____

Номер телефона лицензированного торгового представителя: _____

Идентификационный номер лицензированного торгового представителя: _____

Имя получателя льгот (имя, фамилия): _____

Номер телефона получателя льгот (по желанию): _____

Дата, в которую состоится назначенный прием: _____

Адрес получателя льгот (по желанию): _____

Первоначальный способ контакта: _____

Подпись лицензированного торгового представителя *Дата*