

Полное имя: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

Кем приходитесь участнику: _____

Выбранный план: План MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)
 План MetroPlus Platinum (HMO)

Как правило, зарегистрироваться в плане Medicare Advantage можно только в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря. Существуют исключения, которые могут позволить вам зарегистрироваться в плане Medicare Advantage вне этого периода. Нижеуказанные критерии зависят от плана.

Внимательно ознакомьтесь с указанными далее заявлениями и отметьте поле, если заявление касается вас. Отмечая любое из указанных далее полей, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы являетесь правомочным на период регистрации. Если позже мы выявим, что эта информация неверна, вашу регистрацию могут отменить.

- Я впервые регистрируюсь в плане Medicare.
- Я зарегистрирован(-а) в плане Medicare Advantage и хочу внести изменения в течение периода открытой регистрации в плане Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Я недавно переехал(-а) за пределы зоны обслуживания моего текущего плана или в эту зону, и этот план — новый вариант для меня. Я переехал(-а) (вставьте дату) _____.
- Меня недавно освободили из заключения. Меня освободили (вставьте дату) _____.
- Я недавно вернулся (-ась) в США после постоянного проживания в другой стране. Я вернулся (-ась) в США (вставьте дату) _____.
- Я недавно получил(-а) статус законного пребывания в США. Я получил(-а) статус (вставьте дату) _____.
- У меня недавно изменился статус Medicaid или субсидии для лиц с низким доходом (Low-Income Subsidy, LIS / Extra Help) (право нового участника, изменение в уровне помощи или утрата права) (вставьте дату) _____.
- Я был(-а) участником плана Medicaid в MetroPlusHealth и хочу дополнить свое страховое покрытие, зарегистрировавшись в плане Medicare MetroPlusHealth.
- Я переезжаю в учреждение долгосрочного или сестринского ухода, живу в нем или недавно покинул(-а) такое учреждение. Я переехал(-а) / перееду / покинул(-а) учреждение (вставьте дату) _____.
- Я вышел (-ла) из программы PACE (вставьте дату) _____.
- Я недавно не по своей воле утратил(-а) надежное страховое покрытие рецептурных препаратов (аналогичное Medicare). Я утратил(-а) страховое покрытие препаратов (вставьте дату) _____.
- Я увольняюсь или утрачу страховое покрытие профсоюза (вставьте дату) _____.
- Я участвую в квалифицированной программе фармацевтической поддержки штата или лишаюсь помощи этой программы.

