



ФОРМА ЗАПРОСА НА РЕГИСТРАЦИЮ В ПЛАНЕ MEDICARE

Для кого эта форма?

Для людей с планом Medicare, которые хотят стать участниками плана Medicare Advantage.

Требования для регистрации в плане:

- быть гражданином США или законно находиться в США;
- проживать в зоне обслуживания плана.

Важно. Чтобы стать участником плана Medicare Advantage, вам нужно иметь оба пакета страхования:

- часть A Medicare (страхование больничных расходов);
- часть B Medicare (медицинское страхование).

Когда используется эта форма?

Вы можете стать участником плана:

- с 15 октября по 7 декабря каждого года (для покрытия, действие которого начинается 1 января);
- в течение 3 месяцев с первого оформления плана Medicare;
- в некоторых ситуациях, в которых вы имеете право стать участником плана или сменить план.

Более подробную информацию о том, когда можно зарегистрироваться в плане, см. на сайте Medicare.gov.

Что нужно для заполнения формы?

- Ваш номер Medicare (номер на красной, белой и синей карте Medicare).
- Ваш адрес постоянного места жительства и номер телефона.

Примечание Вам необходимо заполнить все пункты в разделе 1. Пункты в разделе 2 являются необязательными. Если вы их не заполните, вам не откажут в покрытии.

Напоминания

- Если вы хотите стать участником плана в период осенней регистрации (15 октября — 7 декабря), заполненную форму необходимо подать в MetroPlusHealth до 7 декабря.
- MetroPlusHealth отправит вам счет за страховой взнос. Вы можете оформить отчисления на страховой взнос с вашего банковского счета или ежемесячных выплат социального обеспечения (или пенсионного фонда железнодорожников).

Что произойдет далее?

Отправьте заполненную и подписанную форму на этот адрес:

MetroPlusHealth

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Attn: Sales & Marketing Dept.

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

Как получить помощь с этой формой?

Позвоните в MetroPlusHealth по номеру телефона 1-866-986-0356 (номер для пользователей телетайпа: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу с 9:00 до 17:00.

Или позвоните в Medicare по телефону 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227).

Номер для пользователей телетайпа: 1-877-486-2048.

En español: Llame a MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 / TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 u oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Лица без определенного места жительства

- Если вы хотите стать участником плана, но у вас нет постоянного места жительства, в качестве вашего постоянного адреса может выступать абонентский ящик почты, адрес приюта или клиники или адрес, по которому вы получаете почту (например, чеки социального обеспечения).

В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота 1995 года никто не обязан отвечать на запросы о сборе информации, если в таком запросе нет действительного контрольного номера Административно-бюджетного управления (OMB). Действительный контрольный номер OMB для данного сбора информации: 0938-NEW. Время, необходимое на заполнение этой информации, составляет около 20 минут на ответ, включая время на ознакомление с инструкциями, поиск имеющихся ресурсов данных, сбор необходимых данных, заполнение и проверку информации. Если у вас есть комментарии по поводу точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, напишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНО

Не отправляйте в отдел отчетности PRA эту форму или любые документы с вашей личной информацией (например, претензии, платежи, медицинские записи и пр.). Все полученные нами документы, не касающиеся улучшения этой формы или обязательства по сбору данных (изложенных в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Мы не будем их хранить, проверять или пересылать на адрес плана. Чтобы отправить заполненную форму на адрес плана, см. раздел «Что произойдет далее?» на этой странице.

**РАЗДЕЛ 1. ВСЕ ПОЛЯ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ
(КРОМЕ ТЕХ, КОТОРЫЕ ПОМЕЧЕНЫ КАК НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ)**

- Выберите план, участником которого вы хотите стать:**
- MetroPlus Platinum Plan (HMO):** **58,80 долл. в месяц**
- MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ‡:** **0 долл. или до 58,80 долл.* в месяц**
‡ Необходимо быть участником плана Medicaid.
- MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) †:** **0 долл. или до 58,80 долл.* в месяц**
† Необходимо быть участником плана Medicaid или иметь потребность в услугах по долгосрочному уходу. Можно ли связаться с вами по поводу услуг по долгосрочному уходу? Да Нет

* В зависимости от вашего уровня субсидии для лиц с низким доходом Extra Help ежемесячный страховой взнос может быть уменьшен или отменен.

ИМЯ: _____ ФАМИЛИЯ: _____ [Необязательно: инициал среднего имени]: _____

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)
(___ / ___ / _____)

Пол:
 Мужской Женский

Номер телефона:
(_____)

Адрес постоянного места жительства (не указывайте абонентский ящик. Примечание. Для лиц без определенного места жительства абонентский ящик может считаться адресом постоянного места жительства.)

Город: _____

Штат: _____

Индекс: _____

Почтовый адрес, если отличается от адреса постоянного места жительства (можно указать абонентский ящик)
Адрес (дом, улица): _____

Город: _____

Штат: _____

Индекс: _____

ВАША ИНФОРМАЦИЯ MEDICARE И MEDICAID

Номер Medicare: _____ - _____ - _____ CIN-номер Medicaid штата Нью-Йорк (если есть): _____ - _____ - _____

ОТВЕТЬТЕ НА ЭТИ ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ

Будете ли вы получать другое страховое покрытие рецептурных препаратов (например, VA, TRICARE), кроме MetroPlusHealth? Да Нет

Название другого страхового покрытия: _____ Номер участника этого страхового покрытия: _____ Номер группы этого страхового покрытия: _____

ВАЖНО. ПРОЧИТЕ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ НИЖЕ

- Чтобы оставаться участником плана MetroPlusHealth, мне нужно сохранить страхование больничных расходов (часть А) и медицинское страхование (часть В).
- Становясь участником плана Medicare Advantage, я соглашаюсь, что MetroPlusHealth будет передавать мою информацию плану Medicare, который может использовать ее для отслеживания моей регистрации, совершения платежей и для других целей, разрешенных федеральным законодательством, которое допускает сбор такой информации (см. положение закона о конфиденциальности ниже)
- Заполнение этой формы является добровольным. При этом отказ отвечать на вопросы может повлиять на вашу регистрацию в плане.
- Я понимаю, что меня могут зарегистрировать только в одном плане МА в любой момент времени и что регистрация в этом плане автоматически прекратит мою регистрацию в другом плане МА (имеются исключения для планов МА PFFS, МА MSA).
- Я понимаю, что, когда начнется действие моего страхового покрытия от MetroPlusHealth, я получу все медицинские льготы и льготы на рецептурные препараты от MetroPlusHealth. В страховое покрытие будут входить льготы и услуги, предоставляемые MetroPlusHealth и включенные в мой документ «Границы страховой ответственности» (Evidence of Coverage) MetroPlusHealth (также известный как контракт участника или соглашение подписчика). Medicare и MetroPlusHealth не будут оплачивать льготы и услуги, не входящие в страховое покрытие. (Продолжение на следующей странице)

РАЗДЕЛ 1 (продолжение). ВСЕ ПОЛЯ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ (КРОМЕ ТЕХ, КОТОРЫЕ ПОМЕЧЕНЫ КАК НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ)

- Информация в этой форме регистрации является правильной, насколько мне это известно. Я понимаю, что, если я намеренно укажу в этой форме неправдивую информацию, мою регистрацию в плане отменят.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, юридически уполномоченного действовать от моего имени) в этом заявлении означает, что я ознакомился (-ась) с содержанием данного заявления и понимаю его. Если подпись поставил уполномоченный представитель (как описано выше), такая подпись свидетельствует о нижеследующем
 - 1) Это лицо уполномочено законодательством штата выполнять такую регистрацию.
 - 2) План Medicare может по запросу получить документ о таком праве.

Подпись:

Сегодняшняя дата:

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните указанные далее поля.

Полное имя:

Адрес:

Номер телефона:

Кем приходитеесь участнику:

РАЗДЕЛ 2. ВСЕ ПОЛЯ В ЭТОМ РАЗДЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ

Вы можете ответить на эти вопросы по своему желанию. Если вы их не заполните, вам не откажут в покрытии.

Выберите один из вариантов, если хотите, чтобы мы отправили вам важные документы на другом языке, кроме английского.

- Испанский Китайский

Выберите один из вариантов, если хотите, чтобы мы отправили вам важные документы в доступном вам формате.

- Шрифт Брайля Крупный шрифт CD с аудиозаписью CD с данными

Обратитесь в MetroPlusHealth по номеру телефона 1-866-986-0356 (номер для пользователей телетайпа: 711), если хотите получить информацию в доступном вам формате или на одном из указанных выше языков. Наш график работы: с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00, и в субботу с 09:00 до 17:00.

ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) собирают информацию планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA), повышения качества обслуживания и выплаты льгот Medicare. Разделы 1851 Закона о социальном обеспечении и 42 CFR §§ 422.50 и 422.60 позволяют собирать данную информацию. CMS могут использовать, разглашать и передавать данные регистрации бенефициаров Medicare согласно Уведомлению о системе регистрации данных (System of Records Notice, SORN) Medicare Advantage Prescription Drug (MARx), № системы: 09-70-0588. Заполнение этой формы является добровольным. При этом отказ отвечать на вопросы может повлиять на вашу регистрацию в плане.

Вы работаете? Да Нет

Ваш(-а) супруг(-а) работает? Да Нет

Укажите своих врачей первичной медицинской помощи (ВПП), клиники или медицинские центры.

№ ID поставщика услуг:

№ ID PORG:

- Я хочу получать важные материалы плана по электронной почте, позвонив в MetroPlusHealth по номеру телефона 1-866-986-0356 (номер для пользователей телетайпа: 711) и подав запрос на отправку таких материалов. Отмечая это поле, я даю свое согласие на получение по запросу этих материалов по электронной почте. Я понимаю, что могу отказаться в любой момент.

Адрес эл. почты:

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ КОНТРОЛЬНОГО СПИСКА ПЕРЕД РЕГИСТРАЦИЕЙ (PECL)

- Я получил(-а) контрольный список перед регистрацией (Pre-Enrollment Checklist, PECL) и полностью понимаю льготы и правила плана MetroPlusHealth.

РАЗДЕЛ 3. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВОМОЧНОСТИ НА СРОК РЕГИСТРАЦИИ

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 со следующими заявлениями и отметьте поле, если заявление касается вас. Отмечая любое из следующих 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 вставьте / покинул(-а) учреждение (вставьте дату) _____.
- Я вышел (-ла) из программы RACE (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.
- Срок действия контракта по моему плану Medicare завершается или Medicare разрывает контракт с моим планом.
- Я был(-а) участником плана Medicare (или своего штата) и хочу выбрать другой план. Моя регистрация в таком плане началась (вставьте дату) _____.
- Я был(-а) участником плана с учетом специальных потребностей (Special Needs Plan, SNP), но утратил(-а) статус лица с особыми потребностями, необходимый для участия в плане. Моя регистрация в SNP завершилась (вставьте дату) _____.

РАЗДЕЛ 3 (продолжение). ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРАВОМОЧНОСТИ НА СРОК РЕГИСТРАЦИИ

- Я пострадал(-а) от чрезвычайной ситуации или крупного стихийного бедствия (в соответствии с заявлением Федерального агентства по чрезвычайным ситуациям (Federal Emergency Management Agency, FEMA)) или федерального, государственного или местного органа власти. На меня распространяются и другие заявления, указанные здесь, но у меня не было возможности подать запрос на регистрацию в результате чрезвычайной ситуации.
- Другое: _____

Если к вам не относится ни одно из заявлений или вы не уверены, обратитесь в MetroPlusHealth по номеру телефона 1-866-986-0356 (номер для пользователей телетайпа: 711), чтобы узнать, имеете ли вы право на регистрацию. Мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00, и в субботу с 09:00 до 17:00.

ОПЛАТА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ В РАМКАХ ВАШЕГО ПЛАНА

Оплачивать ежемесячные страховые взносы по вашему плану (включая штрафы за позднюю регистрацию, которые у вас есть или могут возникнуть) можно по почте или кредитной картой. **Также вы можете выбрать ежемесячное автоматическое отчисление страховых взносов из выплат службы социального обеспечения или Пенсионного фонда железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB).** Выберите вариант оплаты страховых взносов (если вы ничего не выберете, вы будете каждый месяц получать счет):

- Получать счет
- Автоматическое отчисление из ежемесячного чека от службы социального обеспечения или Пенсионного фонда железнодорожников (RRB). Социальное обеспечение RRB

(Подтверждение отчислений из выплат социального обеспечения / RRB может занять от двух месяцев, прежде чем такие отчисления начнутся.) В большинстве случаев, если служба социального обеспечения или RRB одобрит ваш запрос на автоматические отчисления, первое отчисление из чека будет включать все страховые взносы, подлежащие оплате с даты вступления в силу регистрации до момента начала отчислений. Если служба социального обеспечения или RRB не одобрит ваш запрос на автоматические отчисления, мы будем ежемесячно отправлять вам бумажный чек на оплату страховых взносов. **Если вы обязаны оплачивать ежемесячную корректировку в зависимости от суммы дохода в соответствии с частью D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), вы должны оплачивать такую сумму в добавок к страховому взносу по плану.** Эта сумма обычно вычитается из вашей выплаты социального обеспечения, или вы можете получать счет от Medicare (или RRB). НЕ выплачивайте Part D-IRMAA плану MetroPlusHealth.

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЦ, ПОМОГАЮЩИХ УЧАСТНИКУ ЗАПОЛНЯТЬ ЭТУ ФОРМУ

Заполните этот раздел, если вы являетесь лицом (например, агентом, брокером, консультантом SHIP, членом семьи или иным третьим лицом), помогающим участнику заполнить эту форму.

Полное имя:

Кем приходиться участнику:

Подпись:

Сегодняшняя дата:

ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Имя и фамилия сотрудника/агента/брокера (если помогает при регистрации):

Дата получения: _____

Номер отечественного производителя (только агенты/брокеры): _____

№ ID плана: _____ Дата фактической регистрации: _____

ICER/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP (тип): _____ Не имеет права: _____

Маркетинг: Код представителя: _____ Код ID объекта: _____

Название события: _____