



ФОРМА КРАТКОЙ ЗАЯВКИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Эту форму следует заполнять только в случае перехода с одного плана MetroPlus Medicare Advantage на другой. Эта форма не предназначена для тех, кто впервые присоединяется к плану MetroPlus Medicare Advantage или ранее отказался от участия в нём.

Пожалуйста, заполните следующую информацию:

В настоящее время я являюсь участником плана _____ в MetroPlusHealth.

Прошу перевести меня на следующий план в MetroPlusHealth:

MetroPlus Platinum Plan (HMO): \$58,80 в месяц

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ‡: 0 или до \$58,80* в месяц

‡ Необходимо быть участником плана Medicaid.

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) †: 0 или до \$58,80* 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

Я понимаю, что данный план предусматривает другие медицинские льготы.

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

Имя, фамилия:

Домашний тел.:

Номер участника программы Medicare:

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

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):

Адрес (дом, улица):

Город:

Штат:

Индекс:

Укажите своего врача первичной медицинской помощи (ВПМП), клинику или медицинский центр:

№ ID поставщика услуг:

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.

Пожалуйста, отметьте один из вариантов ниже, если вы предпочитаете получать важные документы на другом языке, отличном от английского, или в доступном формате по электронной почте. Для этого позвоните в MetroPlusHealth по телефону 1-866-986-0356 (пользователи ТТУ могут звонить по номеру 711) и попросите отправить материалы на ваш адрес электронной почты. Отмечая это поле, я даю свое согласие на получение по запросу этих материалов по электронной почте. Я понимаю, что могу отказаться в любой момент. Мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00, и в субботу с 09:00 до 17:00.

Пожалуйста, свяжитесь с нами, если вам нужна информация в доступном формате или на другом языке, не указанном в списке:

- Испанский Китайский Шрифт Брайля Крупный шрифт CD с аудиозаписью

Адрес эл. почты: _____

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СТОИМОСТЬ ВАШЕГО СТРАХОВОГО ПЛАНА

Если вы оформляете участие в плане с нулевой ежемесячной стоимостью (\$0): Если будет установлено, что вы обязаны уплатить штраф за позднюю регистрацию (или если такой штраф уже назначен), нам необходимо знать, каким способом вы предпочитаете его оплатить. После получения уведомления от MetroPlusHealth вы сможете внести оплату по почте, кредитной картой, чеком или денежным переводом. Вы можете выбрать автоматическое удержание стоимости плана из вашего ежемесячного чека от службы социального обеспечения или Пенсионного фонда железнодорожников (RRB). Если вам будет назначена ежемесячная доплата к части D в связи с уровнем дохода (Part D-IRMAA), вы получите уведомление от Управления социального обеспечения (Social Security Administration). Вы несёте ответственность за оплату этой дополнительной суммы сверх стоимости вашего страхового плана. Эта сумма может удерживаться из вашего пособия по программе Social Security или быть выставлена вам напрямую через Medicare или RRB. НЕ выплачивайте Part D-IRMAA плану MetroPlusHealth.

Если ваш страховой план предусматривает ежемесячную плату (не \$0): Ежемесячную стоимость плана (включая возможный штраф за позднюю регистрацию) можно оплачивать по почте, кредитной картой, чеком или денежным переводом. Вы также можете выбрать автоматическое удержание стоимости плана из вашего ежемесячного чека от службы социального обеспечения или Пенсионного фонда железнодорожников (RRB). Если вам будет назначена ежемесячная доплата к части D в связи с уровнем дохода (Part D-IRMAA), вы получите уведомление от Управления социального обеспечения (Social Security Administration). Вы несёте ответственность за оплату этой дополнительной суммы сверх стоимости вашего страхового плана. Эта сумма может удерживаться из вашего пособия по программе Social Security или быть выставлена вам напрямую через Medicare или RRB. НЕ выплачивайте Part D-IRMAA плану MetroPlusHealth.

Люди с ограниченным доходом могут иметь право на программу дополнительной помощи «Extra Help» для оплаты рецептурных лекарств. Если вы имеете право на помощь, Medicare может оплатить ваши расходы на лекарства – включая ежемесячные взносы, ежегодные вычеты и долю участия в оплате. Дополнительно: если вы имеете право на помощь, вам не грозит перерыв в страховом покрытии или штраф за позднюю регистрацию. Многие люди имеют право на эти льготы, но даже не подозревают об этом. Дополнительную информацию о программе «Extra Help» можно получить в ближайшем отделении Social Security или по телефону 1-800-772-1213. Если вы пользуетесь телетайпом, позвоните по номеру 1-800-325-0778. Вы также можете подать заявку на программу «Extra Help» онлайн на сайте: www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help. Если вы соответствуете требованиям программы «Extra Help», Medicare может оплатить часть или всю стоимость вашего плана, связанного с покрытием рецептурных препаратов. Если Medicare покрывает только часть стоимости плана, мы выставим вам счёт на оставшуюся сумму, не покрытую Medicare.

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СТОИМОСТЬ ВАШЕГО СТРАХОВОГО ПЛАНА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Если вы не выберете способ оплаты, вы будете каждый месяц получать счет.

Пожалуйста, выберите способ оплаты вашего страхового плана:

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

Я ежемесячно получаю такие выплаты: Социальное обеспечение RRB

(Подтверждение отчислений из выплат социального обеспечения или 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.)

ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ И ПОДПИШИТЕ НИЖЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ):

План MetroPlusHealth действует на основании контракта с федеральным правительством.

Я понимаю, что если мне помогает страховой агент, брокер или другое лицо, работающее в MetroPlusHealth или сотрудничающее с ним по контракту, он/она может получить вознаграждение за мою регистрацию в плане MetroPlusHealth.

Разрешение на передачу информации: Присоединяясь к этому плану Medicare, я подтверждаю, что информация обо мне может быть передана в Medicare и другие страховые планы, если это необходимо для получения медицинской помощи, оплаты услуг и организации медицинского обслуживания. Я также понимаю, что MetroPlusHealth может передавать мою информацию, включая данные о лекарствах, в Medicare. Medicare может использовать её для исследований и других целей, строго соблюдая все федеральные законы и правила. 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 люди, получающие Medicare, не имеют страхового покрытия за пределами США, за исключением ограниченного покрытия рядом с границей.

Я осознаю, что с момента начала действия моего плана MetroPlusHealth вся медицинская помощь должна предоставляться через этот план, кроме случаев экстренной помощи, неотложных состояний или диализа за пределами обслуживаемой территории. В страховое покрытие будут входить услуги, предоставляемые MetroPlusHealth и услуги, включенные в мой документ «Границы страховой ответственности» MetroPlusHealth (также известный как контракт участника или соглашение подписчика). **БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОДОБРЕНИЯ MEDICARE И METROPLUSHEALTH НЕ ОПЛАЧИВАЮТ УСЛУГИ.**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени в соответствии с законами штата, в котором я проживаю) в этом заявлении означает, что я ознакомился с его содержанием и понимаю его. Если подпись поставил уполномоченный представитель (как описано выше), такая подпись свидетельствует о следующем: 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата заполнять данное заявление, и 2) документы, подтверждающие это полномочие, доступны по запросу в Medicare.

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

ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ И ПОДПИШИТЕ НИЖЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

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: 0938-1378. 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 на следующий адрес: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: 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.

Подпись:

Текущая дата:

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны подписать выше и предоставить следующую информацию:

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Номер телефона: (_____) _____ - _____

Кем приходитеесь участнику: _____

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.

Имя, фамилия:

Кем приходитеесь участнику:

Подпись:

Текущая дата:

OFFICE USE ONLY

Name of Staff Member / Agent / Broker (if assisted in enrollment):

_____ Date Received: _____

National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Plan ID #: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____

Event Name: _____