

ФОРМА ЗАЯВКИ НА РЕГИСТРАЦИЮ В ПЛАНЕ CalOptima Health OneCare Complete (HMO-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

Кто может воспользоваться этой формой?

Эта форма предназначена для людей, имеющих право на Medicare и желающих присоединиться к плану Medicare Advantage Plan

Условия для вступления в план:

- Вы должны быть гражданином США или находиться в стране на законных основаниях
- Проживать в зоне обслуживания данного плана

Важно: Для вступления в план Medicare Advantage Plan необходимо иметь:

- Medicare Part A (больничное страхование)
- Medicare Part B (медицинское страхование)

Когда заполнять эту форму?

Вы можете подать заявку на вступление в план:

- Ежегодно с 15 октября по 7 декабря (покрытие начнётся с 1 января)
- В течение трёх месяцев после получения права на Medicare
- В особых случаях, когда разрешено выбрать или сменить план

Подробнее о сроках подачи заявок можно узнать на сайте Medicare.gov.

Что нужно для заполнения формы?

- Ваш номер Medicare (указан на красно-бело-синей карте Medicare)
- Ваш постоянный адрес и номер телефона

Примечание: Раздел 1 обязателен для заполнения. Раздел 2 является необязательным — отсутствие информации в нём не повлияет на ваше право на вступление в план.

Напоминания:

- Если вы планируете вступить в план в период осенней открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), убедитесь, что заполненная форма будет получена планом до 7 декабря.

Что происходит после подачи формы?

Направьте заполненную и подписанную форму по адресу:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

После обработки вашего запроса сотрудники CalOptima свяжутся с вами.

Нужна помощь с заполнением?

Позвоните в CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734**.

Пользователи ТТУ могут звонить по номеру **711**.

Или позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи ТТУ могут звонить по номеру 1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Для лиц, находящихся в состоянии бездомности

- Если у вас нет постоянного адреса, в качестве постоянного места жительства можно указать почтовый ящик (PO Box), адрес приюта, клиники или тот адрес, по которому вы регулярно получаете почту (например, письма из Социальной службы).

Согласно Закону о сокращении документооборота 1995 года, никто не обязан предоставлять информацию, если она не содержит действующий контрольный номер OMB. Действующий контрольный номер OMB для этого сбора информации 0938 1378. Время, необходимое для заполнения этой формы, оценивается в среднем в 20 минут на ответ, включая время на ознакомление с инструкциями, поиск существующих данных, сбор необходимых сведений и заполнение формы. Если вы считаете, что указанное время не соответствует действительности, или у вас есть предложения по улучшению этой формы, пожалуйста, напишите нам по следующему адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4 26 05, Baltimore, Maryland 21244 1850.

ВАЖНО

Не отправляйте эту форму или любые документы с вашей личной информацией (такие как претензии, платежи, медицинские записи и т.д.) в офис PRA Reports Clearance. Любые документы, которые мы получим и которые не касаются улучшения этой формы или упрощения её заполнения (указанной в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Они не будут сохранены, рассмотрены или переданы в план.

Раздел 1 — Обязательные поля (если не указано, что они необязательные)**Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:**☐ CalOptima OneCare Complete (HMO D-SNP) – \$0 в месяц

ИМЯ: _____ ФАМИЛИЯ: _____ [Необязательно: Инициал ср. имени]: _____

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)
(____/____/____)Пол:
☐ Муж. ☐ Жен.Телефон:
(____) _____Адрес постоянного проживания (Не указывайте почтовый ящик. **Примечание:** для лиц, находящихся в состоянии бездомности, адресом может считаться почтовый ящик или место, где вы получаете почту — например, социальные пособия):

Город: _____

[Необязательно: Округ]: _____

Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Почтовый адрес, если отличается от постоянного (допускается указание почтового ящика):

Адрес улицы: _____

Город: _____

Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Данные Medicare:**Номер Medicare**

____ - ____ - ____

Ответьте на следующие важные вопросы:Имеется ли у вас другое страховое покрытие на лекарства, например от VA или TRICARE, в дополнение к CalOptima Health OneCare Complete? ☐ Да ☐ Нет

Название страховки: _____

Номер участника этой страховки: _____

Номер группы этой страховки: _____

Вы зарегистрированы в государственной программе Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите ваш 9-значный номер Medicaid (Идентификационный номер клиента, CIN):

ВАЖНО: Пожалуйста, внимательно прочитайте и подпишите ниже:

- Я понимаю, что для участия в плане CalOptima Health OneCare Complete я должен сохранить оба вида покрытия Medicare: больничное (Part A) и медицинское (Part B).
- Присоединяясь к данному плану Medicare Advantage, я соглашаюсь с тем, что CalOptima Health OneCare Complete может передавать информацию о моём участии в Medicare, которая будет использоваться для отслеживания регистрации, оплаты и иных целей, предусмотренных федеральным законодательством (см. уведомление о конфиденциальности ниже). Предоставление этой информации является добровольным, однако отказ от её предоставления может повлиять на возможность вступления в план.
- Мне известно, что я могу быть зарегистрирован только в одном плане МА одновременно. Регистрация в данном плане автоматически отменяет моё участие в других планах МА (за исключением некоторых, например, МА PFFS и МА MSA).
- Я подтверждаю, что после вступления в силу моего покрытия в CalOptima Health OneCare Complete, все мои медицинские и лекарственные услуги должны предоставляться исключительно в рамках этого плана. Перечень покрываемых планом CalOptima Health OneCare Complete услуг и условий описан в документе «Справочник участника (Сведения о страховом покрытии)» (также известном как соглашение или контракт с участником). Ни Medicare, ни CalOptima Health OneCare Complete не оплачивают услуги, не входящие в перечень покрытия.
- Я заявляю, что предоставленная в этой форме информация является полной и достоверной, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно укажу ложные данные, меня могут исключить из плана.
- Я осознаю, что моя подпись (или подпись уполномоченного лица, действующего от моего имени) подтверждает, что вся информация мною прочитана и понята. Если форма подписывается представителем, его подпись подтверждает:
 1. наличие у него законных полномочий на подачу заявки, и
 2. возможность предоставить документы, подтверждающие эти полномочия, по запросу Medicare.

Подпись:**Дата:**

Если вы — уполномоченный представитель, подпишитесь выше и заполните следующую информацию:

Имя:**Адрес:****Телефон: ()****Ваше отношение к заявителю****Раздел 2 — Необязательные вопросы**

Заполнение этого раздела — по вашему выбору. Вы не потеряете право на участие в плане, даже если оставите его пустым.

Если вы хотите получать информацию на языке, отличном от английского, отметьте нужный вариант.

☐ Испанский ☐ Вьетнамский ☐ Фарси ☐ Арабский ☐ Китайский ☐ Корейский ☐ Русский

Если вы хотите получать информацию в доступном формате, выберите нужный вариант.

☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио CD ☐ Цифровой CD

Если вам необходим другой формат, пожалуйста, свяжитесь с CalOptima Health OneCare Complete по телефону **1-877-412-2734** Часы работы: понедельник–пятница, 8:00AM–5:00PM. Пользователи TTY могут звонить по номеру **711**.

Вы в настоящее время работаете? ☐ Да ☐ Нет

Работает ли ваш(а) супруг(а)? ☐ Да ☐ Нет

Укажите имя вашего основного лечащего врача (PCP), клиники или медицинского учреждения:

**Раздел для лиц, помогающих с заполнением формы
For individuals helping enrollee with completing this form only**

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) собирают информацию от медицинских планов для отслеживания участия в Medicare Advantage, улучшения качества обслуживания и обработки выплат. Разделы 1851 Закона о социальном обеспечении и 42 CFR §§ 422.50 и 422.60 разрешают сбор этой информации. CMS может использовать, раскрывать и обмениваться данными о регистрации бенефициаров Medicare, как указано в Уведомлении о системе записей (SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)», Система № 09-70-0588. Предоставление данных является добровольным, однако отказ может повлиять на возможность вступления в план.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan — это организация Medicare Advantage, работающая по договору с программами Medicare и Medi-Cal. Участие в плане CalOptima Health OneCare зависит от продления договора. CalOptima Health OneCare соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола. По вопросам обслуживания звоните на бесплатную линию Службы поддержки CalOptima Health OneCare по телефону **1-877-412-2734** (линия ТТУ: **711**) – круглосуточно и без выходных. Посетите наш веб-сайт **www.caloptima.org/OneCare**.