

Бланк заявления на индивидуальное зачисление в SFHP Care Plus (HMO D-SNP), план в рамках Medicare Medi-Cal

Кто может воспользоваться этим заявлением?

Лица, имеющие страховку Medicare и желающие присоединиться к плану Medicare Advantage.

Для того чтобы присоединиться к плану, необходимо:

- быть гражданином США или проживать в США на законных основаниях;
- проживать на территории обслуживания страхового плана.

Важно! Для того чтобы стать участником программы Medicare Advantage для лиц с особыми потребностями, которые соответствуют всем критериям, вам также необходимо иметь указанные ниже страховки:

- Medicare Часть А (страхование больничных расходов);
- Medicare Часть В (страхование медицинских услуг);
- Medi-Cal (страховка Medicaid штата Калифорния для лиц с низким доходом).

Когда следует подавать это заявление?

Этот план является планом для лиц с особыми потребностями, которые соответствуют всем критериям (D-SNP), и он работает по правилам специального периода зачисления в программу комплексного обслуживания. Участники, имеющие право на участие в программе, могут подать заявление на зачисление в любое время в течение года, а страховое покрытие вступает в силу в первый день следующего календарного месяца после зачисления.

Посетите веб-сайт **Medicare.gov**, чтобы узнать подробнее, когда можно подать заявку на участие в плане.

Что мне нужно для заполнения этого бланка?

- Ваш номер Medicare (номер на вашей красно-белосиней карте Medicare)
- Ваш постоянный адрес и номер телефона

Примечание. Необходимо заполнить все пункты раздела 1. Пункты раздела 2 необязательны: вам не откажут в страховом покрытии, если вы их не заполните.

В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота от 1995 года необязательно отвечать на запрос на получение информации, если в нем не содержится действительный номер ОМВ. Действительный контрольный номер ОМВ для настоящего запроса на получение информации: 0938-NEW. Время, необходимое для получения этих сведений, составляет в среднем 20 минут на один ответ, включая время на изучение инструкций, поиск по имеющимся источникам данных, их сбор, а также заполнение и проверку форм. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности номинального времени или предложения по усовершенствованию данной формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Кому: Инспектору по разъяснениям отчетов PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНО.

Не отправляйте это заявление или какие-либо материалы, содержащие персональную информацию (например, заявления, платежи, медицинские карты и т. д.) в отдел по обработке сообщений PRA. Все полученные нами материалы, которые не относятся к тому, как улучшить бланк или снизить его административную нагрузку (описано в ОМВ 0938-1378), будут уничтожены. План не будет их хранить, просматривать или пересылать. См. раздел «Что произойдет далее?» на этой странице, чтобы отправить заполненную форму в план.

Н8051_TD0013161RU_C 0825

Напоминание:

Поскольку это план для лиц с особыми потребностями, которые соответствуют всем критериям (D-SNP), стать участником плана можно в любое время года в рамках специального ежемесячного периода зачисления (SEP).

Что произойдет далее?

Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу:

SFHP Care Plus (HMO D-SNP)
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Как только ваш запрос на участие будет обработан, с вами свяжутся представители плана.

Как получить помощь с заполнением и подачей заявления?

Позвоните в SFHP Care Plus по телефону **1(415) 988-8500** или **1(844) 254-8500** (бесплатно). Пользователям телетайпа (TTY) следует набирать номер **711**.

Также можно позвонить в программу Medicare по номеру **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

En español:

Llame a SFHP Care Plus al **1(415) 727-2273** o **1(888) 765-7327** (llamada gratuita), TTY **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.

Лица без определенного места жительства

Если вы хотите стать участником плана, но у вас нет постоянного места жительства, адресом постоянного места жительства может считаться почтовый ящик, адрес приюта или клиники, а также адрес, на который вы получаете почту (например, чеки с пособием социального страхования).

Бланк заявления на зачисление в SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Раздел 1. Все поля на этой странице обязательны для заполнения (если не отмечены как необязательные)

Выберите план, участником которого вы хотите стать: ☐ SFHP Care Plus (HMO D-SNP) — \$0 в месяц

ИМЯ: _____ ФАМИЛИЯ: _____ Средний инициал: _____

Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ) _____ Пол: ☐ мужской ☐ женский

Номер телефона: _____ Дополнительный номер телефона (необязательно): _____

Адрес эл. почты (необязательно): _____

Я даю согласие на то, чтобы представители SFHP Care Plus, напрямую или через третьих лиц, действующих от имени плана, связывались со мной по вопросам страхового покрытия плана, вариантов медицинского обслуживания, медицинского просвещения или любым другим вопросам, связанным с участием в плане. Я понимаю, что такие уведомления могут передаваться посредством текстовых сообщений, электронных писем или телефонных звонков на мой мобильный телефон, включая автоматические телефонные звонки с заранее записанными сообщениями.

☐ Да ☐ Нет

Вы можете в любое время изменить свои предпочтения в отношении коммуникаций, позвонив в Отдел обслуживания участников плана.

Адрес постоянного места жительства (не указывайте абонентский ящик): _____

Город: _____ Округ: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Почтовый адрес, если отличается от постоянного адреса (можно указать абонентский ящик): _____

Улица, дом: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Информация о вашем участии в программе Medicare

Номер Medicare: _____

Часть А – Страхование больничных расходов Дата вступления в силу: _____

Часть В – Страхование медицинских расходов Дата вступления в силу: _____

Ответьте на следующие важные вопросы

Есть ли у вас другое страховое покрытие рецептурных препаратов (например, VA, TRICARE) в дополнение к SFHP Care Plus? ☐ Да ☐ Нет

Название другой страховки: _____

Номер участника в указанной программе страхования: _____

Номер группы в указанной страховой программе: _____

Планы для лиц с особыми потребностями, которые соответствуют всем критериям (HMO D-SNP), предназначены для лиц, имеющих право на участие в обеих программах: Medicare и Medicaid. Становясь участником этого плана, вы понимаете, что должны сохранять право на участие в программе Medicaid своего штата

1) Являетесь ли вы участником программы Medicaid (Medi-Cal) в вашем штате? ☐ Да ☐ Нет

2) Если «да», укажите девятизначный индексный номер клиента (CIN) программы Medicaid: _____

Бланк заявления на зачисление в SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

ВАЖНО! Ознакомьтесь и поставьте подпись ниже.

Чтобы сохранить участие в SFHP Care Plus, мне необходимо сохранить и страховку на больничные расходы (Часть А), и страховку на медицинские услуги (Часть В).

- Становясь участником этого плана Medicare Advantage, я признаю, что SFHP Care Plus будет передавать мою информацию в Medicare, которая может использовать ее для отслеживания моего участия в плане, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законодательством, которое разрешает сбор этой информации (см. Заявление в рамках закона о неприкосновенности частной жизни ниже). Заполнение бланка заявления является добровольным. Однако отсутствие ответов может повлиять на зачисление в план.
- Я понимаю, что одновременно можно быть участником только одного плана МА и что вступление в этот план автоматически прекращает мое участие в другом плане МА (исключения распространяются на планы МА PFFS, МА MSA).
- Я понимаю, что после начала действия страхового покрытия SFHP Care Plus мне нужно получать все медицинские услуги и рецептурные препараты по страховке от SFHP Care Plus. Программой покрываются льготы и услуги, предоставляемые SFHP Care Plus и указанные в «Справочнике участника программы» SFHP Care Plus (также известном как договор с участником программы или соглашение подписчика). Ни Medicare, ни SFHP Care Plus не будут оплачивать льготы или услуги, которые не входят в покрытие.
- Я подтверждаю, что информация, изложенная в настоящем заявлении на зачисление в план, верна. Я понимаю, что, если я намеренно предоставляю ложную информацию при заполнении этого заявления, то меня исключат из программы.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени) на этом заявлении означает, что заявление мною прочитано и его содержание мне понятно. Если заявление подписано уполномоченным представителем (как описано выше), то такая подпись подтверждает:
 - 1) Это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата составить это заявление на зачисление в программу, и
 - 2) Документация, подтверждающая эти полномочия, может быть предоставлена по запросу Medicare.

Подпись: _____

Дата: _____

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните следующие поля:

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Кем вы приходитеесь участнику программы: _____

Раздел 2— Все поля на этой странице необязательные

Решение о том, отвечать ли на эти вопросы или нет, остается за вами. Вам не откажут в страховом покрытии, если вы не заполните этот раздел.

Вы относитесь к испаноязычным американцам, латиноамериканцам или у вас испанское происхождение?

Выберите все, что применимо.

- | | |
|--|--|
| ☐ Нет, я не отношусь к испаноязычным американцам, латиноамериканцам и у меня не испанское происхождение | ☐ Да, я отношусь к кубинцам |
| ☐ Да, я отношусь к пуэрториканцам | ☐ Да, я отношусь к другим испаноязычным американцам, латиноамериканцам или у меня испанское происхождение |
| ☐ Да, я отношусь к мексиканцам, мексиканским американцам, чикано | ☐ Я не хочу отвечать |

Какова ваша расовая принадлежность? Выберите все, что применимо.

- | | |
|---|---|
| ☐ Американские индейцы или уроженцы Аляски | ☐ Чернокожие или афроамериканцы |
| ☐ Азиаты: | ☐ Уроженцы Гавайских и тихоокеанских островов: |
| ☐ Индийцы | ☐ Уроженцы Гуама или чаморро |
| ☐ Китайцы | ☐ Уроженцы Гавайских островов |
| ☐ Филиппинцы | ☐ Уроженцы островов Самоа |
| ☐ Японцы | ☐ Жители других тихоокеанских островов |
| ☐ Корейцы | ☐ Европеоиды |
| ☐ Вьетнамцы | ☐ Я не хочу отвечать |

Выберите один вариант, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию не на английском языке.

- ☐ китайский ☐ испанский ☐ вьетнамский ☐ русский ☐ тагальский

Выберите один вариант, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию в альтернативном формате.

- ☐ Крупным шрифтом ☐ Шрифтом Брайля ☐ Поддержка от округа
☐ Зашифрованный аудио-компакт-диск ☐ Зашифрованный компакт-диск с данными
☐ Цифровая аудиозапись (без шифрования) ☐ Цифровой файл (без шифрования)

Если Вам нужна информация в альтернативном формате, отличном от перечисленных выше, свяжитесь с SFHP Care Plus по телефону **1(415) 988-8500** или **1(844) 254-8500** (бесплатно). С октября по март специалисты по программе Medicare работают каждый день с 8:00 утра до 8:00 вечера. С апреля по сентябрь мы доступны с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Пользователям телетайпа (TTY) следует набирать номер **711**.

Вы работаете? ☐ Да ☐ Нет **Ваш супруг или супруга работает?** ☐ Да ☐ Нет

Укажите своего основного лечащего врача (PCP), поликлинику или медицинский :

Бланк заявления на зачисление в SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Информация о страховке

Предлагаемая дата начала действия страховки: _____

Период зачисления: ☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ SEP ☐ OEP

Только для лиц, помогающих участнику программы заполнить этот бланк

Заполните этот раздел, если вы являетесь лицом, помогающим участнику программы заполнить этот бланк (например, агентом, брокером, консультантом SHIP, членом семьи или другим третьим лицом).

Имя, фамилия: _____

Кем вы приходите участнику программы: _____

Подпись: _____

Национальный номер производителя (только для агентов / брокеров): _____

Дополнительное поле для прочей административной информации, необходимой плану:

ЗАЯВЛЕНИЕ В РАМКАХ ЗАКОНА О НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ

Центры обслуживания Medicare и Medicaid (CMS) собирают информацию от планов Medicare для отслеживания зачисления участников в планы Medicare Advantage (MA), улучшения качества обслуживания и выплаты пособий Medicare. Разделы 1851 Закона о социальном обеспечении и 42 CFR §§ 422.50 и 422.60 разрешают сбор этой информации. CMS могут использовать, раскрывать данные о регистрации участников программы Medicare и обмениваться ими, как указано в Уведомлении системы учета (SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)», системный номер 09-700588. Заполнение бланка заявления является добровольным. Однако отсутствие ответов может повлиять на зачисление в план.

Подтверждение соответствия требованиям для периода зачисления в программу

Обычно вы можете стать участником программы Medicare Advantage только в период зачисления с 15 октября по 7 декабря ежегодно. Существуют исключения, которые могут позволить вам стать участником программы Medicare Advantage не в указанный период. Поскольку это план для лиц с особыми потребностями, которые соответствуют всем критериям (D-SNP), стать участником плана можно в любое время года в рамках специального периода зачисления в программу комплексного обслуживания (SEP).

Прочтите внимательно следующие утверждения и отметьте те, которые относятся к вам. Отмечая любое из следующих утверждений, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы соответствуете требованиям Периода зачисления. Если впоследствии мы установим, что эта информация не соответствует действительности, вы можете быть исключены из плана.

☐ Я с недавнего времени вхожу в число участников Medicare..

☐ Я присоединяюсь к плану Medicare Advantage D-SNP в рамках специального периода зачисления (SEP).

☐ Я являюсь участником плана Medicare Advantage и хочу внести изменения в него во время периода открытого зачисления в программу Medicare Advantage (MA OEP).

Бланк заявления на зачисление в SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

- ☐ С недавнего времени мое место жительства располагается за пределами территории обслуживания моего текущего плана либо теперь этот план стал мне доступен, благодаря новому месту жительства.
Дата моего переезда (укажите дату): _____
- ☐ Недавно меня выпустили из мест лишения свободы. Дата моего освобождения (укажите дату): _____
- ☐ Недавно я вернулся (вернулась) в United States после длительного проживания за пределами США. Дата моего возвращения (укажите дату): _____
- ☐ Недавно мною был получен статус законного резидента United States.
Дата получения статуса (укажите дату): _____
- ☐ Недавно изменилась моя страховка Medicaid (новое зачисление в число участников Medicaid, изменился уровень помощи Medicaid или утрачена страховка Medicaid) по состоянию на (укажите дату): _____
- ☐ Недавно у меня изменились условия получения дополнительной помощи на оплату рецептурных лекарств по программе Medicare (впервые назначена дополнительная помощь, изменился уровень дополнительной помощи или дополнительная помощь была утрачена) по состоянию на (укажите дату): _____
- ☐ У меня есть и Medicare, и Medicaid (или мой штат помогает мне оплачивать страховые взносы по программе Medicare), или я получаю дополнительную помощь для оплаты рецептурных лекарств по программе Medicare, но никаких изменений не произошло.
- ☐ Я переезжаю в учреждение долговременного ухода, живу в нем или не живу в нем с недавних пор (например, дом-интернат общего типа или иное учреждения долговременного ухода). Мой статус резидента учреждения сменится или сменился (укажите дату): _____
- ☐ Недавно прекратилось мое участие в программе PACE (укажите дату): _____
- ☐ Недавно была вынужденно утрачена моя соответствующая требованиям страховка на рецептурные лекарства (покрытие, не уступающее Medicare). Дата утраты страхового покрытия (укажите дату): _____
- ☐ Я отказываюсь от страховки, предоставляемой работодателем или профсоюзом, (укажите дату): _____
- ☐ Я являюсь участником программы фармацевтической помощи, предоставляемой штатом.
- ☐ Моя программа расторгает договор с Medicare, либо Medicare расторгает договор с моей программой.
- ☐ У меня был план в рамках Medicare (или от моего штата), и я хочу выбрать другой план. Дата зачисления в тот план (укажите дату): _____
- ☐ У меня была страховка для лиц с особыми потребностями (SNP), но я больше не соответствую требованиям, предъявляемым к лицам с особыми потребностями, которые необходимы для участия в таком плане. Дата исключения из числа участников SNP (укажите дату): _____
- ☐ Со мной произошла чрезвычайная ситуация, связанная с погодными условиями или крупным стихийным бедствием, объявленным Федеральным агентством по управлению чрезвычайными ситуациями (FEMA). Одно из утверждений выше относилось ко мне, но из-за стихийного бедствия мне не удалось стать участником программы.

Если ни одно из этих утверждений не относится к Вам или Вы не уверены в этом, свяжитесь с SFHP Care Plus по номеру **1(415) 988-8500** или **1(844) 254-8500** (бесплатно). С октября по март специалисты по программе Medicare работают каждый день с 8:00 утра до 8:00 вечера. С апреля по сентябрь мы доступны с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Пользователям телетайпа (TTY) следует набирать номер **711**. Посетите веб-сайт **sfhp.org**.

SFHP Care Plus (HMO D-SNP) — это план HMO, заключивший договор с Medicare и Medi-Cal. Зачисление в программу SFHP Care Plus зависит от возобновления договора.