

CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare–Medicaid Plan) Заявление

Для того чтобы стать участником плана CareAdvantage Cal MediConnect (план Medicare–Medicaid), Вы должны иметь Medicare Part A, Medicare Part B и Medi-Cal через Health Plan of San Mateo (HPSM). Чтобы стать участником CareAdvantage CMC, Вы можете также позвонить по телефону **1-888-252-3153**. Звонок бесплатный.

Расскажите нам о себе:

*Имя только инициалы отчества *Фамилия

_____/_____/_____
М М / Д Д / Г О Д *Дата рождения

Мужской Женский *Пол

Адрес электронной почты:

(_____) _____
Номер телефона Альтернативный номер телефона

Место жительства:

*Улица и номер дома, квартиры Город Штат Почтовый индекс Округ (необязательно)

Ваш почтовый адрес (если отличается от адреса места жительства):

Улица и номер дома, квартиры Город Штат Почтовый индекс Округ (необязательно)

Контактное лицо в неотложных случаях Контактный телефон в неотложных случаях

Если английский не является для Вас родным, Вы можете позвонить по телефону **1-888-252-3153** и получить бланк заявления на другом языке. Пользователи телетайпа (TTY) могут звонить **1-800-735-2929** или набрать **7-1-1** (Служба переадресации телефонных вызовов штата Калифорния).

На каком языке Вы предпочитаете общаться? (Выберите один из вариантов)

Говорить: английский испанский тагальский китайский русский другой: _____

Читать: английский испанский тагальский китайский русский другой: _____

Вы хотите, чтобы мы присылали Вам материалы на этом языке? Да Нет

Вы хотите, чтобы мы присылали Вам материалы в других форматах? (необязательно)

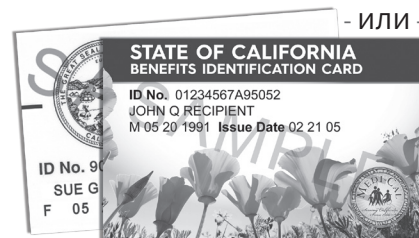
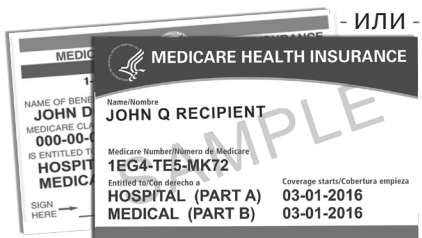
Укажите тип: стандартный размер крупный шрифт шрифт Брайля звукозапись
 другой: _____

Фамилия Вашего основного поставщика медицинских услуг, название клиники или медицинского центра:

*Фамилия (_____) _____
Номер телефона

Сообщите нам о своем страховом покрытии в рамках Medicare и Medi-Cal:

Укажите ниже свои данные, относящиеся к Medicare и Medi-Cal. Вы можете найти эти данные на своей красно-бело-синей карточке Medicare, а также в письме из службы социального обеспечения (Social Security) или из совета по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board). Укажите также свой идентификационный номер в Medi-Cal (так, как он написан на передней стороне Вашей карточки).



Номер в Medicare: _____

Укажите идентификационный номер в программе Medi-Cal: _____

Другие персональные данные:

- *1. Есть ли у Вас почечная недостаточность в терминальной стадии? Да Нет

Если «Да», укажите следующую информацию:

Название учреждения: _____ Город: _____

Если «да», и у Вас проведена успешная трансплантация почки и (или) нет дальнейшей потребности в регулярном диализе, то приложите справку от своего врача.

- *2. Живете ли Вы в учреждении долгосрочного ухода? Да Нет

Если «да», укажите следующую информацию:

Название учреждения

(_____) _____

Номер телефона

Ваше медицинское страховое покрытие, в том числе покрытие рецептурных лекарств:

У некоторых людей есть другая медицинская страховка или страховое покрытие расходов на лекарственные препараты через частную страховую компанию, программу TRICARE, работодателя, профсоюз, Управление по делам ветеранов (VA) или программу фармацевтической помощи штата.

- *3. Есть ли у Вас какая-либо другая медицинская страховка (кроме Medicare и Medi-Cal)? Да Нет

Если «да», укажите следующую информацию:

	Название Вашего плана (и работодателя, если через работодателя)	Номер группы:	Идентификационный номер
1			
2			

Если у Вас в настоящее время есть медицинское страховое покрытие со стороны работодателя или профсоюза или же иная частная или государственная медицинская страховка, то Вы не сможете стать участником CareAdvantage CMC.

Прочтите и распишитесь в конце раздела.

Если Вы ставите здесь подпись, то это означает, что Вы понимаете следующее:

- У плана CareAdvantage Cal MediConnect (план Medicare–Medicaid) есть договор с федеральным правительством, а также со штатом Калифорния.
- Медицинские услуги, которые Вы будете получать в рамках Вашего нового плана, могут отличаться от услуг, которые Вы получали раньше.
- У меня должно оставаться право на Medicare Part A, Part B, а также MediCal через Health Plan of San Mateo (HPSM).
- В каждый конкретный момент времени я могу пользоваться лишь одним планом Medicare.
- Присоединяясь к CareAdvantage CMC, я прекращаю участие в любом другом плане Medicare по медицинскому обслуживанию или покрытию расходов на рецептурные препараты.
- Я должен сообщить в CareAdvantage CMC о любом страховом покрытии расходов на рецептурные препараты, которое у меня есть или может быть в будущем.
- В случае моего переезда мне нужно будет сообщить об этом в CareAdvantage CMC.
- Как участник CareAdvantage CMC, я имею право обжаловать решения CareAdvantage CMC в отношении оплаты или услуг.
- Как правило, CareAdvantage CMC не обеспечивает страховое покрытие людям, находящимся за пределами данной страны.
- С даты начала покрытия CareAdvantage CMC я должен получать медицинскую помощь от врачей CareAdvantage CMC, за исключением неотложной или срочной помощи, диализа за пределами зоны обслуживания или тех случаев, когда CareAdvantage CMC разрешает мне обратиться к другим поставщикам медицинских услуг в определенных обстоятельствах.
- Если мне нужно будет обратиться к врачу или иному поставщику медицинских услуг, не входящему в сеть CareAdvantage CMC, то мне может понадобиться предварительное разрешение или же, возможно, придется платить за услуги из своего кармана.
- Я понимаю, что если мне содействует торговый представитель, посредник или иное лицо, состоящее в трудовых отношениях с CareAdvantage CMC или работающее с CareAdvantage CMC по договору, то CareAdvantage CMC может платить этому лицу в случае моего зачисления в данный план.
- Становясь участником плана CareAdvantage CMC, я понимаю, что CareAdvantage CMC может передавать мои данные в Medicare и Medi-Cal, а также в другие планы, если это необходимо для лечения, оплаты и медицинского обслуживания.
- Я понимаю, что расходы на рецептурные препараты покрываются, но это не всегда могут быть те же самые препараты, которые я принимаю в настоящее время. Я понимаю, что в любое время на протяжении первых 90 дней покрытия в CareAdvantage CMC я смогу получить, как минимум, один 30-дневный запас тех рецептурных препаратов, которые сейчас принимаю. Я понимаю, что, возможно, смогу обращаться к тем врачам, к которым обращаюсь сейчас, в течение двенадцати (12) месяцев для услуг Medicare и в течение (12) месяцев для услуг Medi-Cal, начиная со дня зачисления в CareAdvantage CMC. Чтобы узнать о том, как реализовать эту возможность, я должен обратиться в CareAdvantage CMC. Кроме того, я понимаю, что у CareAdvantage CMC есть поставщики медицинских услуг и аптеки, которые я обязан использовать для получения медицинских услуг (не считая нестандартных, неотложных ситуаций).
- Я знаю, что CareAdvantage CMC может передавать мои данные в Medicare и Medi-Cal, в том числе информацию о моих рецептурных препаратах. Эта информация может быть раскрыта в исследовательских и иных целях в рамках, предусмотренных федеральными законами и положениями.
- Насколько мне известно, сведения, содержащиеся в этом бланке заявления, верны. Я понимаю, что, в случае намеренного предоставления здесь ложных сведений, я буду исключен из CareAdvantage CMC.
- Моя подпись (или подпись моего уполномоченного представителя) на этом бланке означает, что я прочел и понял данный бланк заявления. Если бланк подписывает уполномоченный представитель, то его подпись означает, что он уполномочен заполнить этот бланк зачисления в соответствии с законодательством штата, и что документы, подтверждающие эти полномочия, могут быть предоставлены по запросу из Medicare или Medi-Cal.

*Ваша подпись

____/____/_____
*Дата:

Если Вы – уполномоченный представитель, Вы должны предоставить следующую информацию, поставить подпись и дату:

Фамилия (печатными буквами)

Подпись

Адрес

Кем Вы приходитесь участнику

(_____) _____ - _____

Номер телефона

_____/_____/_____

Дата:

Более подробные сведения представлены на веб-сайте www.hpsm.org/careadvantage. **Если у вас есть вопросы**, задайте их лицензированному представителю CareAdvantage Medicare по телефону **1-888-252-3153** (звоните с понедельника по пятницу с 9:00 до 18:00). Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1** (California Relay Service). Звонки по этому номеру бесплатные. Эта информация доступна бесплатно на других языках и форматах, такие как шрифт Брайля или аудио компакт-диск.