

# Форма индивидуального запроса на регистрацию в плане Medicare Advantage (часть C)

№ OMB: 0938-1378  
Срок действия: 7/31/2024



## Кто может воспользоваться этой формой?

Участники программы Medicare, желающие зарегистрироваться в плане Medicare Advantage.

## Для регистрации в плане необходимо:

- быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях;
- проживать в зоне обслуживания плана.

**Важно!** Для регистрации в плане Medicare Advantage необходимо также иметь покрытие в рамках обеих частей:

- части A Medicare (больничное обслуживание);
- части B Medicare (медицинское обслуживание).

## Когда мне нужно использовать эту форму?

Вы можете стать участником плана:

- ежегодно с 15 октября по 7 декабря (покрытие начнет действовать с 1 января);
- в течение 3 месяцев после получения покрытия по программе Medicare впервые;
- в некоторых случаях, когда вам разрешено регистрироваться в плане или менять его.

Посетите сайт [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), чтобы узнать больше о том, когда можно зарегистрироваться в плане.

## Что нужно для заполнения этой формы?

- Ваш номер участника программы Medicare (указан на вашей красно-бело-синей карте Medicare).
- Ваш адрес постоянного места жительства и номер телефона.

**Примечание.** Необходимо заполнить все пункты в разделе 1. Заполнять пункты в разделе 2 не обязательно. Вам не могут отказать в покрытии, если вы их не заполните.

## Напоминаем!

- Если вы хотите зарегистрироваться в плане в течение осеннего периода открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), план должен получить заполненную вами форму до 7 декабря.
- Ваш план отправит вам счет на оплату страхового взноса. Вы можете выбрать вариант списания страхового взноса с вашего банковского счета или удержания из вашего ежемесячного пособия от Управления социального обеспечения (или Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).

## Дальнейшие действия

Отправьте заполненную и подписанную форму по адресу:

Wellcare by Health Net  
PO Box 10420  
Van Nuys, CA  
91499-6208

Сотрудники плана свяжутся с вами после обработки запроса на регистрацию.

## Как получить помощь с заполнением формы?

Позвоните в компанию Wellcare by Health Net по номеру 1-844-917-0175. Пользователи ТТУ могут звонить на номер 711.

Либо позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных.

Пользователи ТТУ могут звонить на номер 1-877-486-2048.

## Лица без постоянного места жительства

- Если вы хотите зарегистрироваться в плане, но у вас нет постоянного места жительства, абонентский почтовый ящик, адрес приюта или клиники либо адрес, по которому вы получаете почту (например, чеки социального пособия), может считаться вашим постоянным адресом проживания.



### ВАЖНО!

Не отправляйте эту форму или другие документы, содержащие ваши персональные данные (например, страховые требования, платежную и медицинскую документацию и т. д.), в Управление по утверждению отчетов согласно Закону о сокращении бумажного документооборота (PRA).

Любые полученные нами документы, не связанные с предложениями по улучшению этой формы или сбора данных с ее использованием (согласно OMB 0938-1378), будут уничтожены. Они не будут сохранены, рассмотрены или пересланы плану. Информацию о том, как отправить заполненную форму плану, см. в разделе «Дальнейшие действия» на этой странице.

**Раздел 1.** Все пункты на этой странице обязательны (если не обозначены как необязательные).

**Выберите план, в котором вы хотите зарегистрироваться.**

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561** — включает покрытие лекарств по рецепту

**001**

\$0 в месяц

**Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561** — включает покрытие лекарств по рецепту

**008**

\$0 в месяц

<sup>1</sup> Вы должны соответствовать определенным критериям, чтобы стать участником этого плана.





**Раздел 1.** Все пункты на этой странице обязательны (если не обозначены как необязательные).

Имя	Фамилия	(Необязательно) Средний инициал
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения	Пол	Номер телефона
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
М М D D Y Y Y Y		(Необязательно) Дополнительный номер телефона
(Необязательно) Хотите ли вы получать текстовые сообщения?		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Тип телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный

Согласившись, вы будете получать от нас текстовые сообщения с обзором страховых покрытий, приветственные сообщения и регулярную информацию для продвижения плана. Вы можете отказаться в любое время.

**Адрес постоянного места жительства** (нельзя указывать абонентский ящик (PO))

Город	(Необязательно) Округ	Штат	Почтовый индекс (ZIP)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Почтовый адрес**, если отличается от адреса постоянного места жительства (можно указать абонентский ящик (PO))

Улица, номер дома и квартиры

Город	Штат	Почтовый индекс (ZIP)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Информация о вашем участии в программе Medicare:**

<b>Номер участника программы Medicare</b>	Есть право на:	Дата начала действия покрытия
<input type="text"/>	БОЛЬНИЧНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ (часть А)	<input type="text"/>
	МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ (часть В)	<input type="text"/>
		М М D D Y Y Y Y

**Ответьте на эти важные вопросы.**

1. Будет ли у вас другое покрытие лекарств по рецепту (например, VA, TRICARE) в дополнение к покрытию Wellcare?

Да  Нет

Название другого покрытия

Номер участника для этого покрытия

Номер группы для этого покрытия

2. Зарегистрированы ли вы в программе Medicaid вашего штата?  Да  Нет

Если ответ «да», укажите ваш номер участника программы Medicaid:





**ВАЖНО!** Ознакомьтесь и поставьте подпись ниже.

- Мне необходимо сохранять страховое покрытие и больничного (часть А), и медицинского обслуживания (часть В), чтобы оставаться участником плана Wellcare.
- Регистрируясь в этом плане Medicare Advantage, я понимаю, что компания Wellcare будет предоставлять мои данные программе Medicare, которая может использовать их для отслеживания моей регистрации, осуществления выплат, а также для других целей, предусмотренных федеральным законодательством, разрешающим сбор таких данных (см. ниже Заявление согласно Закону о конфиденциальной информации). Вы не обязаны давать ответы в этой форме. Однако непредоставление ответов может повлиять на регистрацию в плане.
- Я понимаю, что могу быть участником только одного плана МА в любой момент времени и что регистрация в этом плане автоматически прекратит мое участие в любом другом плане МА (исключения действуют для планов МА PFFS, МА MSA).
- Я понимаю, что после начала действия моего страхового покрытия по плану Wellcare я буду обязан(а) получать покрытие всех медицинских услуг и лекарств по рецепту от Wellcare. Будут покрываться услуги и обслуживание, предоставляемые Wellcare и указанные в полученном мной от Wellcare документе «Справочник участника плана» (известном также как договор или соглашение участника). Ни Medicare, ни Wellcare не будут оплачивать услуги, которые не покрываются.
- Я понимаю, что страховое покрытие Medicare обычно не действует за пределами страны, кроме ограниченного покрытия на территориях рядом с границей США.
- Насколько мне известно, информация, указанная в этой форме регистрации, достоверна. Я понимаю, что, если я умышленно предоставлю недостоверную информацию в этой форме, меня исключат из плана.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, законным образом уполномоченного действовать от моего имени) на этой заявке означает, что мне известно и понятно ее содержание. В случае подписания уполномоченным представителем (в соответствии с изложенным выше) эта подпись свидетельствует о следующем:
  - 1) это лицо в соответствии с законодательством штата уполномочено выполнить эту регистрацию;
  - 2) программа Medicare может получить подтверждающий полномочия документ по запросу.

Текущая дата

--	--	--	--	--	--	--	--

М М Д Д Y Y Y Y

Подпись

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните следующие пункты.

Имя и фамилия

--

Адрес

--

Номер телефона

	-		-	
--	---	--	---	--

Кем приходится регистрирующемуся

--







## Раздел 2. Все пункты на этой странице необязательны.

**Вы можете сами решать, отвечать ли на эти вопросы. Вам не могут отказать в покрытии, из-за того что вы на них не ответите.**

Принадлежите ли вы к испаноговорящим, лицам латиноамериканского или испанского происхождения? Выберите все соответствующие варианты.

- Нет, не принадлежу к испаноговорящим, лицам латиноамериканского или испанского происхождения  Да, к мексиканцам, мексиканцам США, чикано  Да, к пуэрториканцам  Да, к кубинцам  Да, к другой группе испаноговорящих, лиц латиноамериканского или испанского происхождения  **Отказываюсь отвечать**

К какой расовой группе вы принадлежите? Выберите все соответствующие варианты.

- Американские индейцы или коренные жители Аляски  Индейцы  Чернокожие или афроамериканцы  Китайцы  Филиппинцы  Жители острова Гуам или чаморро  Японцы  Корейцы  Коренные жители Гавайев  Другие азиатские народы  Другие жители островов Тихого океана  Самоанцы  Вьетнамцы  Белые  **Отказываюсь отвечать**

Выберите один вариант, если хотите получать от нас информацию на другом языке (не на английском).

- Испанский  Китайский  Корейский  Вьетнамский  Тагальский  Арабский  Армянский  Кхмерский  Фарси  Русский

Выберите один вариант, если хотите получать от нас информацию в специальном формате.

- Шрифт Брайля  Крупный шрифт  CD-диск с аудиозаписью

Свяжитесь с Wellcare по номеру 1-844-917-0175, если вам нужна информация в специальном формате, не указанном выше. Мы работаем с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса). Пользователи TTY могут звонить на номер 711.

1. Работаете ли вы?  Да  Нет  
2. Работает ли ваш(а) супруг(а)?  Да  Нет

**Укажите своего врача первичного медицинского обслуживания (PCP), клинику или медицинский центр:**

Адрес электронной почты:

Обратите внимание: предоставив нам свой адрес электронной почты, вы соглашаетесь получать от нас электронные письма. У вас будет возможность подписаться на получение электронных сообщений, а также вы всегда сможете отказаться от их получения в будущем.

Предпочтительный способ связи:  Телефон  Текстовые сообщения  Электронная почта

\* Обратите внимание: коммуникация может осуществляться также и другим образом, помимо выбранного предпочтительного способа связи.





## Уплата страховых взносов по плану

Оплату ежемесячного страхового взноса (в том числе штрафа за позднюю регистрацию, который вы на данный момент должны или можете быть должны платить) можно осуществлять ежемесячно по почте, посредством электронного перевода средств (EFT) или кредитной картой. **Кроме того, вы можете платить страховые взносы посредством автоматического ежемесячного удержания из вашего пособия от Управления социального обеспечения или Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB).**

**Если вы должны вносить платеж в рамках корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода для части D (IRMAA для части D), вы должны платить и свой страховой взнос по плану, и эту дополнительную сумму.** Обычно эта сумма удерживается из вашего пособия от Управления социального обеспечения. Кроме того, вы можете получить счет от Medicare (или RRB). НЕ НУЖНО платить IRMAA для части D компании Wellcare.

Если вы не выберете способ оплаты, то будете ежемесячно получать счет.

## Выберите способ оплаты страхового взноса

- Получение счета
- Автоматическое удержание из вашего ежемесячного пособия от Управления социального обеспечения или Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB). Ежемесячное пособие мне выплачивает:
- Управление социального обеспечения     RRB

(Удержание из пособия от Управления социального обеспечения или RRB может начаться через два или больше месяцев после того, как Управление социального обеспечения или RRB утвердит такое удержание. В большинстве случаев, если Управление социального обеспечения или RRB утвердит запрос на автоматическое удержание, первое удержание из вашего пособия от Управления социального обеспечения или RRB будет включать все страховые взносы, которые вы должны были уплатить с даты регистрации до начала удержания. Если Управление социального обеспечения или RRB не утвердит запрос на автоматическое удержание, мы отправим вам бумажный счет на оплату ежемесячных страховых взносов.)

## ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСНО ЗАКОНУ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) собирают информацию от планов Medicare, чтобы отслеживать регистрацию получателей покрытия в планах Medicare Advantage (MA), улучшать обслуживание, а также осуществлять страховые выплаты по программе Medicare. Сбор такой информации предусмотрен разделом 1851 Закона о социальном обеспечении и параграфами 422.50 и 422.60 раздела 42 свода федеральных нормативных актов (CFR). CMS могут использовать регистрационные данные получателей покрытия по программе Medicare, раскрывать и передавать их в соответствии с изложенным в уведомлении системы учета (SORN) под названием «Отпускаемые по рецепту лекарства в рамках планов Medicare Advantage (MARx)», номер в системе: 09-70-0588. Вы не обязаны давать ответы в этой форме. Однако непредоставление ответов может повлиять на регистрацию в плане.





**ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ:**

Имя и фамилия сотрудника/агента/брокера (если предоставлялась помощь с регистрацией):

№ ID плана:

Дата начала действия покрытия:

М М Д Д Y Y Y Y

ICER/IEP

AEP

SEP (вид):

Нет права

**Торговый представитель Wellcare или уполномоченный агент**

(конкретный торговый представитель или агент, заполнивший заявку)

Тип агента (выберите один вариант):  Уполномоченный агент  Сотрудник Wellcare

**Заполните раздел ниже.**

Имя и фамилия торгового представителя  
или агента

№ NPN торгового представителя или  
агента

Агентство/FMO:

№ ID агента:

(если применимо)

**Эта информация должна соответствовать данным вашей лицензионной документации, утвержденной Wellcare.**

Телефон агента:

Адрес электронной почты

Телефон агентства/FMO (если применимо)

Дата получения заявки торговым представителем или  
уполномоченным агентом:

М М Д Д Y Y Y Y

(Заявки должны быть получены в Wellcare в течение  
1 календарного дня с этой даты.)

Место приема заявки:  Назначенная встреча  Мероприятие по продаже

Самостоятельное обращение

Другое (укажите):

**Информация о поставщике услуг для планов НМО:**

Имя/название РСР:

PCP NPI:

Название PPG:

PPG ID:

Являются ли РСР/PPG приемлемыми для выбранного плана?  Да  Нет

Регистрирующийся уже является их пациентом?  Да  Нет

**В случае подачи заявки брокером.** Торговый представитель или агент должен отправить форму документирования намерений встречи и регистрационную форму по факсу на номер 1-844-222-3180.





## Оценка соответствия требованиям для получения права на период регистрации

Как правило, вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage только в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года. Существуют исключения, в случае которых вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage вне рамок этого периода.

Тщательно ознакомьтесь с представленными ниже утверждениями и поставьте отметку, если утверждение применимо к вам.

Ставя любую отметку ниже, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, у вас есть право на период регистрации. Если мы впоследствии определим, что эта информация не соответствует действительности, вы можете быть исключены из плана.

- Я новый участник программы Medicare.
- Я участник плана Medicare Advantage и хочу сменить план во время периода открытой регистрации в планах Medicare Advantage (MA OEP).

- Я недавно переехал(а) за пределы зоны обслуживания моего текущего плана, или после моего недавнего переезда этот план стал новым вариантом для меня. Дата переезда (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Я недавно покинул(а) место лишения свободы. Дата освобождения (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Я недавно вернулся (вернулась) в США после постоянного проживания за пределами США. Дата возвращения в США (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Я недавно получил(а) статус лица, пребывающего в США на законных основаниях. Дата получения статуса (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Мое покрытие по программе Medicaid недавно изменилось (первая регистрация, изменение уровня поддержки или утрата права на участие). Дата изменений (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Мое покрытие по программе «Дополнительная помощь» (*Extra Help*) для оплаты расходов на лекарства по рецепту в рамках Medicare недавно изменилось (первая регистрация, изменение уровня поддержки или утрата права на участие). Дата изменений (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Я являюсь участником и Medicare, и Medicaid (или мой штат помогает мне платить страховые взносы Medicare) либо участником программы «Дополнительная помощь» для оплаты расходов на лекарства по рецепту в рамках Medicare, но изменений в покрытии не было.

- Я переезжаю в учреждение долгосрочного ухода (например, центр сестринского ухода или учреждение долгосрочного ухода), живу в нем или недавно переехал(а) из него. Дата переезда в такое учреждение или из него (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

- Недавно прекратилось мое участие в Программе комплексной помощи пожилым (PACE). Дата прекращения участия (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y







Я недавно непреднамеренно утратил(а) соответствующее требованиям покрытие лекарств по рецепту (покрытие не хуже, чем в рамках Medicare). Дата утраты покрытия лекарств (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Я теряю страховое покрытие от работодателя или профсоюза. Дата потери покрытия (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Я участник программы помощи с оплатой лекарств, осуществляемой моим штатом.

Мой план разрывает договор с Medicare, либо Medicare разрывает договор с моим планом.

Программа Medicare (или мой штат) зарегистрировала меня в страховом плане, но я хочу выбрать другой план. Дата регистрации в текущем плане (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Я был(а) зарегистрирован(а) в плане для лиц с особыми потребностями (SNP), но перестал(а) соответствовать критериям в отношении особых потребностей для участия в этом плане. Дата исключения из плана SNP (укажите дату):

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Я пострадал(а) от чрезвычайной ситуации или крупного бедствия (в соответствии с определением Федерального агентства по управлению в чрезвычайных ситуациях (FEMA), федерального, местного органа власти или органа власти штата). Одно из остальных утверждений было применимо ко мне, но мне не удалось подать запрос на регистрацию в связи с бедствием.

Я пропустил(а) период регистрации по такой причине:

--

Если к вам не применимо ни одно из перечисленных утверждений или вы сомневаетесь, свяжитесь с Wellcare по номеру 1-844-917-0175 (пользователи ТТУ могут звонить на номер 711), чтобы узнать, имеете ли вы право на регистрацию. Мы работаем с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса).

Согласно Закону о сокращении бумажного документооборота от 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос для сбора информации, если в нем не указан действительный контрольный номер ОМВ. Действительный контрольный номер ОМВ для этого сбора информации: 0938-1378. Для предоставления сведений потребуется в среднем 20 минут с учетом изучения указаний, поиска имеющихся источников данных, подготовки необходимых сведений, заполнения формы и проверки предоставляемой информации. Если у вас есть какие-либо замечания касательно точности оценки времени или предложения по улучшению формы, направляйте их в письменном виде по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Вы обязаны и далее платить страховые взносы по части В программы Medicare. Однако, если вы являетесь участником, имеющим право на полное покрытие по программам Medicare и Medicaid, штат будет покрывать ваши страховые взносы по части В до тех пор, пока у вас будет право на участие в программе Medicaid.

