Номер OMB 0938-1378
Действительный до: 31.12.2026 г.

Providence
Medicare Advantage Plans

Форма запроса на регистрацию в программе Medicare Advantage на 2026 год

Кто может использовать эту форму?

Лица, участвующие в программе Medicare, желающие присоединиться к плану Medicare Advantage Plan

Чтобы оформить план, Вам необходимо:

- быть гражданином(кой) США или законно находиться в США;
- проживать в зоне обслуживания по плану.

Важно! Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage Plan, Вам также необходимо иметь:

- Medicare, Часть A (Страхование больничных расходов)
- Medicare, Часть B (Страхование медицинских расходов)

Когда следует использовать эту форму?

Вы можете присоединиться к плану:

- с 15 октября по 7 декабря каждого года (для покрытия, начинающегося с 1 января);
- в течение 3 месяцев после того, как у Вас впервые появится право на участие в программе Medicare;
- в определенных ситуациях, когда Вам разрешено
- присоединиться к плану или сменить его.

Посетите сайт **Medicare.gov** чтобы узнать больше о том, когда можно зарегистрироваться в плане.

Что мне нужно для заполнения этой формы?

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

Примечание. Вам необходимо заполнить все пункты Раздела 1. Пункты Раздела 2 являются необязательными — Вам не могут отказать в страховании из-за того, что Вы их не заполните.

Дальнейшие действия

Отправьте заполненную и подписанную форму, используя один из трех вариантов, приведенных ниже. После обработки вашего запроса на присоединение к плану наши сотрудники свяжутся с Вами.

01 По почте:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

02 Отсканируйте и отправьте страницы по факсу: **503-574-8653**

03 Отсканируйте и отправьте страницы по электронной почте:
provMedicare@providence.org

Как получить помощь в заполнении этой формы?

- Позвоните специалистам планов Providence Medicare Advantage по телефону **503-574-6508** или **1-855-234-2495 (телетайп: 711)**.
- Или позвоните по номеру **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Телетайп: **1-877-486-2048**.
- [На испанском языке] En español: Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** or **1-855-234-2495/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.

Для лиц, которые в настоящий момент являются бездомными

Если Вы хотите присоединиться к плану, но у Вас нет постоянного места жительства, адрес почтового ящика, адрес приюта или клиники либо адрес, по которому Вы получаете почту (например, чеки пенсионного пособия), может считаться вашим адресом постоянного проживания.

Напоминания:

- Если Вы хотите присоединиться к плану во время осенней открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), специалисты плана должны получить заполненную Вами форму до 7 декабря.
- Специалисты вашего плана отправят Вам счет на оплату страхового взноса. Вы можете подписаться на опцию, при которой страховые взносы будут вычитаться с вашего банковского счета или ежемесячного пособия по социальному обеспечению (или пенсионного обеспечения железнодорожников).

Согласно Закону о сокращении бумажного документооборота от 1995 года любые сведения в связи с какими-либо запросами о сборе информации должны предоставляться только при условии наличия действительного контрольного номера OMB. Контрольный номер OMB для сбора этой информации: 0938-1378. Время, необходимое для завершения сбора этой информации, составляет около 20 минут на ответ, включая время на проверку инструкций, поиск существующих источников данных, сбор необходимых данных и окончательную проверку собранной информации. Свои замечания по поводу корректности расчета времени или предложения по усовершенствованию данной формы направляйте по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.PR
ВАЖНО! Не отправляйте эту форму или любые материалы, содержащие вашу личную информацию (например, заявления, платежи, медицинскую документацию и т. д.) в Бюро по проверке отчетов (согласно Закону о снижении бумажного документооборота, PRA). Любые полученные нами материалы, не имеющие отношения к совершенствованию данной формы или снижению нагрузки по ее сбору (как указано в запросе OMB 0938-1378), будут уничтожены. Форма не будет храниться, просматриваться или передаваться в план. См. раздел «Дальнейшие действия» на этой странице, чтобы отправить заполненную Вами форму в план.

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

Выберите план, к которому Вы хотите присоединиться:

☐ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) — 0 долларов в месяц * Данный план имеет особые требования к регистрации. Чтобы иметь право на участие, Вам необходимо соответствовать требованиям для получения всех льгот Medicaid и Medicare.

Требуемая дата вступления страховки в силу (необязательно): ___ ___/___ ___/___ ___
(должно быть первое число месяца)

Имя _____ Фамилия _____ Средний инициал (необязательно) _____

___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

ПОЛ: ☐ Мужской ☐ Женский

( ) -
Номер телефона _____

Адрес постоянного места жительства (Не указывайте почтовый ящик. Примечание. Лица, не имеющие постоянного места жительства, могут указать вместо него номер абонентского ящика):

Город _____ Округ (необязательно) _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Почтовый адрес, если он отличается от постоянного адреса проживания (можно указать номер абонентского ящика):

Адрес: улица _____

Населенный пункт _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Ваша информация по программе Medicare:

___ ___ ___ ___-___ ___ ___-___ ___ ___ ___
Номер Medicare

___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___
Больничные расходы (Часть A)
Дата вступления в силу (необязательно)

___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___
Медицинские расходы (часть B)
Дата вступления в силу (необязательно)

Ответьте на эти важные вопросы:

Будет ли у Вас другое страховое покрытие помимо планов Providence Medicare Advantage? ☐ Да ☐ Нет

У некоторых лиц может быть иное страховое покрытие, включая другие виды частного страхования, TRICARE, медицинское страхование федеральных служащих, льготы для ветеранов или государственные программы фармацевтической помощи.

Если «да», укажите ваше другое страховое покрытие и идентификационный номер (ID) для этого покрытия.

_____
Название другой страховки

_____ _____
Номер участника для этого страхового покрытия Номер группы для этой страховки

Отметьте все подходящие варианты: ☐ Медицинские услуги ☐ Зрение ☐ Стоматологические ☐ Рецептурные препараты

Являетесь ли Вы участником(цей) государственной программы Medicaid? ☐ Да ☐ Нет

Если «да», укажите ваш номер Medicaid: _____

Имеете ли Вы полный пакет льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid)? ☐ Да ☐ Нет

ВАЖНО! Прочитайте и подпишите ниже:

- Чтобы оставаться в планах Providence Medicare Advantage, мне необходимо сохранить как Страхование больничных расходов (Часть A), так и Страхование медицинских расходов (Часть B).
- Присоединяясь к этому плану Medicare Advantage (MA), я подтверждаю, что специалисты планов Providence Medicare Advantage будут передавать мою информацию компании Medicare, которая может использовать ее для отслеживания моей регистрации, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законом, который разрешает сбор этой информации (см. положения Закона о конфиденциальности ниже). Заполнение этой формы является добровольным. Однако отказ заполнить форму может повлиять на зачисление в план.
- Я понимаю, что могу быть зачислен(а) только в один план MA одновременно и что зачисление в этот план автоматически завершит мою регистрацию в другом плане MA (исключения применяются для планов MA PFFS, MA MSA).
- Я понимаю, что после начала действия моего покрытия по планам Providence Medicare Advantage я должен(на) буду получать все свои медицинские льготы и льготы на рецептурные препараты по планам Providence Medicare Advantage. Будут покрываться льготы и услуги, предоставляемые планами Providence Medicare Advantage и включенные в мой документ «Подтверждение страхового покрытия» планов Providence Medicare Advantage (также известном как договор участника или соглашение подписчика). Ни Medicare, ни планы Providence Medicare Advantage не будут оплачивать льготы или услуги, которые не имеют страхового покрытия.
- Насколько я могу судить, информация в этой регистрационной форме верна. Я понимаю, что если я намеренно предоставлю ложную информацию в этой форме, я буду исключен(а) из плана.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, юридически уполномоченного действовать от моего имени) на этом заявке означает, что я прочитал(а) и понял(а) содержание этой заявки. Если подпись поставлена уполномоченным представителем (как описано выше), эта подпись подтверждает, что:
  1. в соответствии с законодательством штата, данное лицо уполномочено завершить процедуру регистрации;
  2. документация этого органа доступна по запросу Medicare.

_____ ___ ___/___ ___/___ ___

Подпись **Сегодняшняя дата**

Если Вы являетесь уполномоченным представителем, распишитесь выше и заполните следующие поля:

_____ _____

Полное имя Адрес

( ) -

_____ _____

Номер телефона Кем приходитесь заявителю

Раздел 2 — Все поля на этой странице необязательны для заполнения

Вы сами решаете, отвечать или не отвечать на эти вопросы. Вам не могут отказать в страховании, если Вы не заполните этот раздел.

Укажите своего поставщика первичных медицинских услуг, клинику или медицинский центр:

_____

Если Вы не укажете поставщика первичных медицинских услуг, его Вам назначат.

☐ Если Вы хотите получать информацию на испанском языке, выберите этот вариант.

☐ Если Вы хотите получать информацию на вьетнамском языке, выберите этот вариант.

☐ Если Вы хотите получать информацию на русском языке, выберите этот вариант.

☐ Если Вы хотите получать информацию на упрощенном китайском языке, выберите этот вариант.

☐ Если Вы хотите получать информацию на арабском языке, выберите этот вариант.

☐ Если Вы хотите получать информацию на сомалийском языке, выберите этот вариант.

Если хотите, чтобы мы отправили Вам информацию в доступном формате, выберите один из приведенных ниже вариантов.

☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио-CD ☐ CD с данными

Если вам нужна информация в доступном формате, отличном от указанного выше, свяжитесь с планами Providence Medicare Advantage по телефону **1-800-603-2340** или **503-574-8000**. Мы открыты с 8:00 до 20:00 без выходных в период с 1 октября по 31 марта, и с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, в период с 1 апреля по 30 сентября (тихоокеанское время).

Работаете ли Вы?
☐ Да ☐ Нет

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

_____
Адрес электронной почты

Только для лиц, помогающих заявителю заполнить эту форму

Если Вы являетесь агентом, маклером, консультантом региональной программы помощи с оформлением медицинской страховки (SHIP), членом семьи заявителя или другим сторонним лицом, помогающим заявителю заполнить эту форму, Вы должны предоставить сведения в этом разделе.

Имя и фамилия

Кем приходитесь заявителю

Подпись

Дата

Номер национального поставщика страховых услуг (только для агентов/маклеров)

ЗАКОН О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS) собирают информацию из планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA), улучшения качества обслуживания и выплаты пособий Medicare. Сбор этой информации разрешен в разделах 1851 Закона о социальном обеспечении, 42 CFR §§ 422.50 и 422.60. Центры CMS могут использовать, раскрывать и обмениваться данными о регистрации бенефициаров Medicare, как указано в Системе уведомлений об использовании документации (SORN) «Рецептурные препараты Medicare Advantage (MARx)», системный номер 09-70-0588. Заполнение этой формы является добровольным. Однако отказ заполнить форму может повлиять на зачисление в план.

Подтверждение наличия права в течение периода регистрации в плане

Как правило, зарегистрироваться для участия в плане Medicare Advantage можно только в течение ежегодного периода регистрации, с 15 октября по 7 декабря. Зарегистрироваться для участия в плане Medicare Advantage за пределами этого периода можно, если будут соблюдены определенные условия.

Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте поля возле тех из них, которые имеют к Вам отношение.
Отмечая поля ниже, Вы подтверждаете, что, насколько Вам известно, Вы имеете право на подачу заявления на участие в плане страхования в период регистрации. Если впоследствии выяснится, что Вы предоставили недостоверную информацию, Вы можете лишиться права на регистрацию.

- ☐ Я новичок в программе Medicare.
- ☐ Страховое покрытие, предоставляемое мне работодателем или профсоюзом, утрачивает силу с (вставить дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ В выплате мне дополнительной помощи на покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare недавно произошли изменения (мне впервые выплатили дополнительную помощь, ее размер был изменен, либо она была утрачена) (вставить дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Я регистрируюсь для участия в страховом плане в течение ежегодного периода регистрации (с 15 октября по 7 декабря).
- ☐ Я регистрируюсь для участия в страховом плане в течение специального периода регистрации (указать):_____
- ☐ В настоящее время я участвую в страховом плане Medicare Advantage и хочу сменить план в течение открытого периода регистрации в программе Medicare Advantage (MA OEP) (с 1 января по 31 марта), или регистрация для участия в плане MA была мною оформлена в течение первоначально выбранного периода регистрации.
- ☐ Я недавно переехал(а) за пределы района действия моего текущего страхового плана или прибыл(а) в этот район, и у меня появились новые доступные варианты. Я переехал(а) (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Недавно я освободился из мест лишения свободы. Меня освободили (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Недавно я вернулся в Соединенные Штаты после постоянного проживания за пределами США.
  Я вернулся в США:
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Недавно я получил статус законного пребывания в Соединенных Штатах. Я получил этот статус (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ В моем страховом плане по программе Medicaid недавно произошли изменения (мне впервые назначили помощь, ее размер был изменен, либо она была утрачена) (вставить дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Я участвую в программе State Pharmaceutical Assistance Program (Программа помощи в оплате рецептурных препаратов штата), соответствующей требованиям федерального законодательства, или утрачиваю право получать помощь по этой программе.
  Дата регистрации
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
  Дата утраты права на участие или дата уведомления, в зависимости от того, какая наступит позже
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Недавно я прекратил участие в программе PACE (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Я переезжаю в учреждение долгосрочного ухода (учреждение сестринского ухода, дом-интернат и т. п.), проживаю в нем или недавно из него переехал(а).
  Я переехал(а)/переезжаю в учреждение
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
  Я переехал(а)/переезжаю из учреждения
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___
- ☐ Недавно мне пришлось отказаться от очень хорошего плана покрытия расходов на рецептурные препараты (сопоставимого с Medicare).
  Покрытие расходов на рецептурные препараты было аннулировано
  (указать дату):___ ___/___ ___/___ ___

☐ Мой план прекращает действие договора с Medicare, или Medicare прекращает действие договора с моим планом (указать дату):____ ____/____ ____/____ ____

☐ Я хочу сменить план, в котором меня зарегистрировали сотрудники программы Medicare (или в моем штате). Мое участие в этом плане началось (указать дату):____ ____/____ ____/____ ____

☐ Меня зачислили в План для лиц с особыми потребностями (SNP), но я утратил(а) квалификацию, необходимую для участия в этом плане. Меня исключили из плана SNP (указать дату):____ ____/____ ____/____ ____

☐ Недавно я получил(а) уведомление об определении права на получение льгот Medicare с датой вступления в силу ретроспективного характера. (Приложите копию уведомления о ваших правах.) Меня уведомили (указать дату):____ ____/____ ____/____ ____

☐ Меня затронули последствия чрезвычайной ситуации или катастрофы, официально объявленной Федеральным агентством по чрезвычайным ситуациям (Federal Emergency Management Agency, FEMA), федеральным, региональным или местным органом власти.

Одно из приведенных здесь утверждений имело ко мне отношение, но мне не удалось подать заявление о регистрации ввиду чрезвычайной ситуации. Указать название чрезвычайной ситуации:

_____

Период регистрации, пропущенный из-за чрезвычайной ситуации (например, первоначальный период регистрации, ежегодный период регистрации, открытый период регистрации или специальный период регистрации):

_____

☐ У меня есть Medicare, и я полностью застрахован(а) программой Medicaid. Я хочу присоединиться к плану или перейти на план, который объединяет покрытие по Medicare и Medicaid (т. н. объединенный Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, План для людей с особыми потребностями и правом участия в двух программах медицинского страхования)).

Если вы имеете право на специальный период регистрации (SEP), позвоните в службу поддержки клиентов Medicare по номеру 1-800

- Исключен(а) из списков в связи с санкциями CMS
- Недостаточно информирован(а) о потере страхового покрытия
- Под влиянием CMS установлены значительные изменения в сети провайдера
- Зарегистрировался(ась) в Плане, который существенно нарушил свой контракт
- Возникли исключительные обстоятельства, не зависящие от Вас, которые помешали Вам своевременно подать заявку на регистрацию в Плане в течение действительного избирательного периода.
- В ходе Вашей регистрации в Плане или выхода из него произошло маркетинговое искажение информации.
- Зачислен(а) или незачислен(а) в Часть D из-за ошибки федерального служащего

Если ни одно из этих утверждений к Вам не относится или Вы не уверены, свяжитесь с Providence Medicare Advantage Plans по телефону **1-800-603-2340** или **503-574-8000** (пользователям телетайп следует позвонить по номеру 711), чтобы узнать, имеете ли Вы право на регистрацию. Мы открыты с 8:00 до 20:00 без выходных в период с 1 октября по 31 марта, и с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу, в период с 1 апреля по 30 сентября (тихоокеанское время).

Providence
Medicare Advantage Plans