

## CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare–Medicaid Plan) Заявление

Вы можете стать участником плана CareAdvantage, если:  Вы живете в округе San Mateo (Сан-Матео)  У вас есть страховое покрытие по Part A и Part B программы Medicare,  У вас есть страховое покрытие по программе Medi-Cal с полным спектром услуг

### Чтобы стать участником плана CareAdvantage:

- Позвоните в HPSM по бесплатному номеру **1-888-252-3153** или
- распечатайте, заполните, подпишите и отправьте эту форму в HPSM одним из следующих способов:

#### По почте на адрес:

Health Plan of San Mateo  
C/O Marketing  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

или

#### По электронной почте:

Сфотографируйте или отсканируйте каждую страницу и отправьте как вложение к письму по адресу [customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org)

или

#### По факсу:

650-616-2190

После получения вашего заявления сотрудники HPSM позвонят вам и сообщат, одобрено ли ваше участие в плане CareAdvantage или нам потребуется от вас больше информации.

### Расскажите нам о себе:

*Имя		только инициалы отчества		*Фамилия	
*Дата рождения		Мужской	Женский	*Пол	
*Улица и номер дома, квартиры		Город		Штат	Почтовый индекс
Ваш почтовый адрес (если отличается от адреса места жительства)		Город		Штат	Почтовый индекс
*Адрес электронной почты		Альтернативный номер телефона			
*Улица и номер дома, квартиры		Город		Штат	Почтовый индекс
Ваш почтовый адрес (если отличается от адреса места жительства)		Город		Штат	Почтовый индекс

#### 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**

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.

Живете ли Вы в учреждении долгосрочного ухода?      Да      Нет      Если «да», укажите следующую информацию:

Название учреждения долгосрочного ухода

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.

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

**Прочтите и распишитесь в конце**

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 СМС, я прекращаю участие в любом другом плане Medicare по медицинскому обслуживанию или покрытию расходов на рецептурные препараты.
- Я должен сообщить в CareAdvantage СМС 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 СМС.

- Как участник CareAdvantage СМС, я имею право обжаловать решения CareAdvantage СМС в отношении оплаты или услуг.
- Как правило, CareAdvantage СМС не обеспечивает страховое покрытие людям, находящимся за пределами данной страны.
- С даты начала покрытия CareAdvantage СМС я должен получать медицинскую помощь от врачей CareAdvantage СМС, за исключением неотложной или срочной помощи, диализа за пределами зоны обслуживания или тех случаев, когда CareAdvantage СМС 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 СМС, 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 СМС или работающее с CareAdvantage СМС по договору, то CareAdvantage СМС может платить этому лицу в случае моего зачисления в данный план.
- Становясь участником плана CareAdvantage СМС, я понимаю, что CareAdvantage СМС 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 СМС 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 СМС. Чтобы узнать о том, как реализовать эту возможность, я должен обратиться в CareAdvantage СМС. Кроме того, я понимаю, что у CareAdvantage СМС есть поставщики медицинских услуг и аптеки, которые я обязан использовать для получения медицинских услуг (не считая нестандартных, неотложных ситуаций).
- Я знаю, что CareAdvantage СМС 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 СМС.
- 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 приходите участнику

---

Номер телефона

---

Дата

Более подробные сведения представлены на веб-сайте [www.hpsm.org/careadvantage](http://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.