

Заявление на индивидуальную регистрацию в плане Medicare Advantage (Часть C) на 2027 г.

OMB No. 0938-1378

Expires: 12/31/2026



✓ Узнайте статус заявления здесь:

wellcare.com/applicationtracker

Кто может пользоваться формой?

Участники программы Medicare, желающие зарегистрироваться в плане Medicare Advantage.

Чтобы зарегистрироваться в плане, вы должны:

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

Внимание! Для регистрации в плане Medicare Advantage вы также должны быть участником двух программ:

- Medicare Part A (больничное страхование);
- Medicare Part B (медицинское страхование).

Когда следует заполнять форму?

В плане можно зарегистрироваться:

- с 15 октября по 7 декабря каждого года (покрытие действует с 1 января);
 - в течение 3 месяцев после первого получения покрытия Medicare;
 - в ряде случаев, когда разрешается зарегистрироваться в плане или его сменить.
- Чтобы узнать подробнее о том, когда можно подписаться на план, посетите **Medicare.gov**.

Что необходимо для заполнения формы?

- Номер участника программы Medicare (указан на красно-бело-синей карте программы Medicare);
- постоянный адрес и телефон.

Примечание. Необходимо заполнить все пункты в разделе 1.

Пункты раздела 2 необязательны для заполнения — вам не может быть отказано в покрытии из-за того, что вы их не заполните.

Лица без определенного места жительства

- Если вы хотите зарегистрироваться в плане, но не имеете постоянного места жительства, вашим постоянным адресом может быть абонентский ящик, адрес приюта или клиники либо адрес, по которому вы получаете почту (например, чеки социального пособия).

Не хотите ли вместо заполнения формы зарегистрироваться в плане на сайте **go.wellcare.com/WI**? Это быстрый, безопасный и легкий способ подачи заявления.

Напоминаем:

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

Что произойдет дальше?

Отправьте заполненную и подписанную форму по адресу:

Wellcare With MHS Health Wisconsin
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

Сотрудники плана свяжутся с вами после обработки заявления на регистрацию.

Как получить помощь с заполнением формы?

Звоните в программу Wellcare With MHS Health Wisconsin по телефону 1-844-480-0680. Пользователи устройств ТТУ могут звонить по номеру 711. Либо звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ежедневно в любое время суток.

Пользователи устройств ТТУ могут звонить по номеру 1-877-486-2048.



ВНИМАНИЕ

Не направляйте данную форму и другие материалы с персональными данными (например, страховые требования, платежи, медицинские документы и т. д.) в Управление по согласованию отчетности в соответствии с Законом о сокращении документооборота (PRA). Любые полученные нами документы, не связанные с предложениями по улучшению формы или сбора данных с ее использованием (согласно OMB 0938-1378), будут уничтожены. Они не будут сохранены, рассмотрены или пересланы плану. См. раздел «Что произойдет дальше?» на лицевой стороне этой страницы, чтобы отправить заполненную форму в план.

В соответствии с Законом о сокращении документооборота от 1995 г. лица не обязаны отвечать на запрос для сбора информации, если в нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления (OMB). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1378. Для предоставления сведений требуется в среднем примерно 20 минут с учетом изучения указаний, поиска имеющихся источников данных, подготовки необходимых сведений, заполнения формы и проверки предоставляемой информации. С замечаниями о точности оценок времени и предложениями по улучшению формы пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 разделами 1851 и 1860D-1 Закона о социальном обеспечении и параграфами §§ 422.50 и 422.60 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR). Центры CMS могут использовать регистрационные данные получателей покрытия по программе Medicare, раскрывать и передавать их в порядке, предусмотренном в уведомлении системы учета (SORN) «Отпускаемые по рецепту лекарства в рамках планов Medicare Advantage (MARx)» под системным номером 09-70-0588. Вы не обязаны заполнять форму. Однако отказ от заполнения может повлиять на регистрацию в плане.

**Раздел 1. Все поля на этой странице обязательны для заполнения
(кроме обозначенных как необязательные)**

Выберите план, в котором хотите зарегистрироваться:

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ — с покрытием лекарств по рецепту

☐ **H8189-001-000**

\$0 в месяц

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ — с покрытием лекарств по рецепту

☐ **H8189-007-000**

\$0 в месяц

¹ Для регистрации в плане требуется соответствие определенным критериям участия.



**Раздел 1. Все поля раздела обязательны для заполнения
(кроме обозначенных как необязательные)**

Имя _____
Фамилия _____
Необязательно: Инициал второго имени _____

Дата рождения: ____ / ____ / ____ Пол ☐ Мужской ☐ Женский Телефон (____) ____ - ____ Тип телефона ☐ Домашний ☐ Мобильный
ММ / ДД / YYYY
Необязательно: Другой телефон (____) ____ - ____ Тип телефона ☐ Домашний ☐ Мобильный

Необязательно: Эл. почта: _____

Необязательно: Комфортно ли вам пользоваться Интернетом, электронной почтой или текстовыми сообщениями самостоятельно?

☐ Да ☐ Нет

Предпочтительный способ связи: ☐ Телефонный звонок ☐ Текстовое сообщение ☐ Эл. почта

** Обратите внимание, что сообщения могут отправляться не с помощью выбранного вами «Предпочтительного способа связи».*

Мы хотим, чтобы вы разбирались в плане и уверенно им пользовались. Укажите номера телефонов и адрес электронной почты, чтобы мы известили вас о статусе заявления. Как участник программы, вы будете получать полезную информацию о том, чего ожидать, как поддерживать здоровье, пользоваться дополнительным покрытием, искать врача, о портале для участников плана, а также другие важные сведения. Если вам это не интересно, вы можете отказаться от получения некоторых текстовых сообщений и электронных писем.

Мы хотим, чтобы вам понравился ваш план Wellcare. Если у нас появятся другие планы, которые могут лучше подойти вам по мере изменения ваших потребностей, мы сообщим вам об этом. Мы будем говорить только о наших планах.

(Не указывайте абонентский ящик. Примечание. Для лиц без определенного места жительства адресом постоянного места жительства может служить абонентский ящик.)

☐ Без определенного места жительства

Адрес постоянного места жительства

Город _____
Необязательно: Округ _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Почтовый адрес, если вы хотите получать почту по другому адресу или через уполномоченного представителя, укажите эти данные здесь. (Разрешается абонентский ящик)

Улица и номер дома

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____



Сведения об участнике программы Medicare:

Номер Medicare:

Получает:

Больничное (Часть А)

Медицинское (Часть В)

Действительно с (ММ/ДД/YYYY):

___ / ___ / ____

___ / ___ / ____

Ответьте на следующие важные вопросы:

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

☐ Да ☐ Нет

Наименование другого покрытия

Номер участника-получателя покрытия

Номер группы покрытия

2. При регистрации в плане D-SNP укажите:

Номер программы Medicaid штата: _____

Укажите номер Medicaid для планов D-SNP. Отсутствие номеров Medicaid может привести к задержке в оформлении заявления и возможности его отклонения.

ВНИМАНИЕ! Прочтите и подпишите ниже:

- Мне необходимо иметь больничное (Часть А) и медицинское страхование (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 регистрации, осуществления выплат, а также для других целей, предусмотренных федеральным законодательством, разрешающим сбор таких данных (см. далее Заявление согласно Закону о конфиденциальной информации). Вы не обязаны заполнять форму. Однако отказ от заполнения может повлиять на регистрацию в плане.
- Я понимаю, что я могу зарегистрироваться только в одном плане МА или Части D и что при регистрации в одном плане мое участие в другом плане МА или Части D прекратится автоматически (исключения применяются для планов MA PFFS, MA MSA).
- Я понимаю, что после начала действия покрытия плана Wellcare я обязуюсь получать покрытие всех медицинских услуг и лекарств по рецепту от плана Wellcare. Будут предоставляться льготы и обслуживание, предусмотренные планом Wellcare и указанные в Справочнике участника плана Wellcare (также называемом договором участника или соглашением подписчика).
Ни программа Medicare, ни план Wellcare не будут оплачивать льготы и услуги, покрытие которых не предоставляется.



- Информация, указанная в заявлении на регистрацию, является достоверной согласно имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что, если я умышленно предоставляю в заявлении недостоверную информацию, меня исключат из плана.
- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени на законных основаниях) на заявлении означает, что мне известно и понятно содержание заявления. В случае подписания уполномоченным представителем (как описано ранее) подпись свидетельствует о следующем:

- 1) данное лицо уполномочено произвести регистрацию в соответствии с законодательством штата;
- 2) программа Medicare может получить подтверждающий полномочия документ по запросу.

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация является достоверной, полной и точной по имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что в случае установления недостоверности указанных сведений меня могут исключить из плана.

Сегодняшняя дата

____/____/____
ММ/ДД/YYYY

Подпись

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

Имя и фамилия

Адрес

Телефон

(____) _____ - _____

Кем приходится регистрируемому лицу



Раздел 2. Все поля раздела необязательны для заполнения

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

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

- ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио компакт-диск (CD)
☐ Компакт-диск (CD) с данными

Если вам нужна информация в специальном формате, не указанном выше, обратитесь в компанию Wellcare по телефону 1-844-480-0680 (пользователям устройств ТТУ следует звонить по номеру 711). В период с 1 октября по 15 декабря сотрудники работают с воскресенья по субботу с 8 а.м. до 8 р.м. С 16 декабря по 30 сентября сотрудники работают с понедельника по субботу с 8 а.м. по 8 р.м.

1. Вы работаете? ☐ Да ☐ Нет
2. Ваш супруг (-а) работает? ☐ Да ☐ Нет
3. Вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, например в учреждении сестринского ухода?
☐ Да ☐ Нет

Если «да», укажите следующее:

Наименование учреждения:

Адрес учреждения (номер дома и название улицы):

Город

Штат

Почтовый индекс

Телефон

(____) ____ - ____

Укажите сотрудничающего с планом врача первичного обслуживания (PCP), клинику или медицинский центр:

Найти поставщика услуг можно по адресу: wellcarefindaprovider.com

Сведения о поставщике услуг для планов НМО

NPI-номер PCP:

ID-номер PPG:

Текущий пациент? ☐ Да ☐ Нет

☐ Я не хочу выбирать PCP, пусть компания Wellcare выберет PCP за меня. Я понимаю, что могу сменить врача PCP в любое время, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному на идентификационной (ID) карте участника плана Wellcare.

Если сотрудничающий с планом врач PCP не указан и не выбран пункт об автоматическом назначении PCP, получателю покрытия будет назначен сотрудничающий с планом врач PCP. Назначенного врача PCP можно сменить в любое время, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному на ID-карте участника плана.



Оплата страховых взносов плана

Ежемесячный страховой взнос плана (включая фактически начисленные или потенциальные штрафы за позднюю регистрацию) оплачивается ежемесячно по почте, через электронный перевод средств (EFT) либо с использованием кредитной карты. **Также вы можете выбрать способ оплаты взноса путем ежемесячного автоматического удержания суммы из пособия от Управления социального обеспечения или Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB).**

Если вы должны уплачивать сумму ежемесячной корректировки с учетом дохода для Части D (IRMAA для Части D), вы должны платить эту сумму в дополнение к страховому взносу плана.

Обычно эта сумма удерживается из пособия от Управления социального обеспечения или вы получаете счет из программы Medicare (или совета RRB). НЕ платите сумму IRMAA для Части D плану Wellcare.

Лица с ограниченным доходом могут иметь право на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), которая помогает оплачивать расходы на лекарства по рецепту.

Даже если вы уже участвуете в программе «Дополнительная помощь», вам может потребоваться подать заявку еще раз для повторного подтверждения. Многие люди имеют право на такую помощь, но даже не знают об этом. Чтобы узнать подробнее о программе «Дополнительная помощь», обратитесь в местное отделение Управления социального обеспечения или звоните в управление по телефону 1-800-772-1213. Пользователям устройств ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778. Заявку на участие в программе «Дополнительная помощь» также можно подать в Интернете по адресу <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

Если вы не выберете способ оплаты, вы будете получать счет каждый месяц.

Выберите способ оплаты страхового взноса:

- ☐ Получать счет
- ☐ Автоматическое удержание из ежемесячного пособия от Управления социального обеспечения или Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB). Я получаю ежемесячное пособие от:
- ☐ Управления социального обеспечения ☐ Совета RRB
- (Удержание из пособия от Управления социального обеспечения или совета RRB может начаться через два месяца или более после того, как Управление социального обеспечения или совет RRB одобрит списание. В большинстве случаев, если Управление социального обеспечения или совет RRB одобрит запрос на автоматическое удержание, первое удержание из пособия от Управления социального обеспечения или совета RRB будет включать все страховые взносы, начисленные с даты вашей регистрации до начала удержания. Если Управление социального обеспечения или совет RRB не одобрит запрос на автоматическое удержание, мы отправим вам печатный счет на оплату ежемесячных страховых взносов.)

Для лиц, оказывающих помощь регистрируемым лицам исключительно в заполнении формы

Заполните этот раздел, если вы являетесь физическим лицом (т. е. агентом, брокером, консультантом SHIP, членом семьи или иным третьим лицом), помогающим регистрируемому лицу заполнить форму.

Имя и фамилия: _____

Кем приходится регистрируемому лицу: _____

Подпись: _____

Национальный номер производителя (для агентов и брокеров): _____



ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Подписывая и подавая данный документ, я подтверждаю, что представленная в нем информация является достоверной, полной и точной по имеющимся у меня сведениям и убеждениям. Я понимаю, что любое искажение либо умолчание сведений может служить основанием для дисциплинарных мер, вплоть до прекращения моего назначения и расторжения договора страхового посредника.

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

Ид. (ID) номер плана: Дата вступления покрытия в силу: ____ / ____ / ____
(MM / DD / YYYY)

Торговый представитель компании Wellcare/уполномоченный агент

(физическое лицо — торговый представитель/агент, заполнивший заявление)

Тип агента (выберите одно): ☐ Уполномоченный агент ☐ Сотрудник компании Wellcare

Заполните раздел далее:

Торговый представитель/агент:

NPN-номер:

Сотрудничает с агентством/организацией полевого маркетинга (FMO) (при наличии):

Информация должна соответствовать одобренным данным о лицензиях компании Wellcare.

Телефон агента: (____) ____ - ____

Эл. почта:

Телефон агентства/FMO (при наличии): (____) ____ - ____

Дата получения заявления торговым представителем/уполномоченным агентом:

____ / ____ / ____ (MM / DD / YYYY)

(Заявления должны быть получены компанией Wellcare в течение 1 календарного дня с указанной даты.)

Место получения заявления: ☐ По записи ☐ Торговое мероприятие ☐ Без записи

☐ Другое (уточните):

Подача заявлений через брокера: Торговый представитель/агент должен отправить форму подтверждения тем встречи и регистрационную форму по факсу на номер 1-844-222-3180.



Подтверждение права на участие в периоде регистрации

Как правило, вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage только в ходе ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года. Существуют исключения, при которых вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage вне этого периода. Если вы впервые пользуетесь покрытием по программе Medicare и со дня достижения вами 65 лет прошло более 90 дней, специальный период регистрации (SEP) «Я новый участник программы Medicare». НЕ применяется, поэтому выберите соответствующий SEP далее.

Внимательно изучите следующие утверждения и отметьте галочкой, если утверждение к вам применимо. Отмечая любые поля далее, вы подтверждаете, что у вас есть право на период регистрации по имеющимся у вас сведениям. Если мы позднее установим, что данная информация не является достоверной, вас могут исключить из плана.

Прежде чем сделать выбор, ознакомьтесь со всеми приведенными ниже утверждениями. Указывайте дату в формате ММ/ДД/YYYY.

- ☐ Я новый участник программы Medicare.
* Выбирайте только в случае, если вы: 1. Впервые получили право на участие. 2. Вам исполнится 65 лет в течение 90 дней ИЛИ вам исполнилось 65 лет в течение прошедших 90 дней. 3. Новый получатель покрытия. 4. Впервые получили право на участие, но ранее получали пособие программы Medicare по инвалидности.
* Если действие вашего покрытия от работодателя недавно прекратилось, и вы впервые пользуетесь покрытием программы Medicare, выберите ниже период SEP «Покрытие, предоставляемое моим работодателем или профсоюзом, прекратилось».
- ☐ Ежегодный период регистрации (AEP), ежегодно с 15 октября по 7 декабря.
- ☐ У меня уже есть Часть А (больничное страхование) и недавно впервые оформлена регистрация на Часть В (медицинское страхование). Я хочу зарегистрироваться в плане Medicare Advantage.
- ☐ Меня уведомили о получении покрытия Medicare после начала действия покрытия Части А и/или Части В. Меня уведомили (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ У меня было покрытие Medicare ранее, но теперь мне исполняется 65 лет.
- ☐ Я являюсь участником плана Medicare Advantage и хочу внести изменения во время периода открытой регистрации в планах Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Я переехал (-а) по новому адресу, который находится за пределами зоны обслуживания моего текущего плана, или я недавно сменил (-а) место жительства, и этот план является для меня новым вариантом.
Дата переезда (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Я переехал (-а) обратно в США после проживания за пределами страны (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Меня освободили из мест лишения свободы. Дата освобождения (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Мне был недавно предоставлен статус законного пребывания в США. Статус присвоен (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Я проживаю в учреждении долгосрочного ухода, например учреждении сестринского ухода или реабилитационном центре.
* ПРИМЕЧАНИЕ. В форме необходимо указать сведения об учреждении долгосрочного ухода.
- ☐ Меня недавно выписали из учреждения долгосрочного ухода, например учреждения сестринского ухода или реабилитационного центра.
* ПРИМЕЧАНИЕ. В форме необходимо указать сведения об учреждении долгосрочного ухода. Дата выписки (укажите дату). ____ / ____ / ____



- ☐ Покрытие, предоставляемое моим работодателем или профсоюзом (включая покрытие COBRA), прекратилось (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Мною утрачено другое, не связанное с программой Medicare, покрытие лекарств, которое было сопоставимо с покрытием лекарств по программе Medicare (засчитываемое покрытие), либо мое другое, не связанное с программой Medicare, покрытие изменилось и более не считается засчитываемым. Покрытие утрачено (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Мой текущий план не будет продлен на предстоящий страховой год.
* ПРИМЕЧАНИЕ. Данный период SEP действителен с 8 декабря по последний день февраля.
- ☐ Мною утрачено покрытие, поскольку программа Medicare расторгла договор с моим планом. Мне пришло письмо от программы Medicare, в котором указано, что я могу зарегистрироваться в другом плане. Мое покрытие закончилось (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Мною утрачено покрытие по плану PACE (программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей). Участие в программе прекратилось (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Мое участие в плане для лиц с особыми потребностями прекращено, поскольку я более не являюсь лицом с особыми потребностями, что требуется для участия в этом плане. Меня исключают или исключили из плана SNP (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Я хочу зарегистрироваться в плане для лиц с особыми потребностями, покрытие которого подходит для моего хронического заболевания.
- ☐ Мне было отказано в праве на участие в моем плане CSNP, и я хочу зарегистрироваться в другом плане. Меня уведомили (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Недавно изменилось мое покрытие по программе Medicaid (первая регистрация в программе Medicaid, изменение уровня покрытия Medicaid или утрата права на участие в программе Medicaid) (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Недавно изменился мой статус участника программы «Дополнительная помощь», которая помогает оплачивать лекарства (первая регистрация в программе «Дополнительная помощь», изменение уровня помощи по программе «Дополнительная помощь» или утрата права на участие в программе «Дополнительную помощь») (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Программа Medicare (или мой штат) зарегистрировала меня в страховом плане, но я хочу выбрать другой план. Дата регистрации в текущем плане (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Я участвую в Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов. В следующих штатах действует соответствующая требованиям программа SPAP: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ Мое участие в Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов прекращено. Помощь прекратилась (укажите дату). ____ / ____ / ____
- ☐ Я или лицо, на которое я полагаюсь при принятии решений о медицинском обслуживании, пострадали в результате чрезвычайной ситуации или крупного стихийного бедствия (объявленного Федеральным агентством по управлению в чрезвычайных ситуациях либо федеральным, региональным или местным органом власти). Одно из других утверждений на этой странице было применимо ко мне, но у меня не получилось подать заявление из-за стихийного бедствия.
Период регистрации пропущен по следующим причинам:



- ☐ Я регистрируюсь в плане Medicare с оценкой «5 звезд».
- ☐ Я участвую в плане, звездный рейтинг которого за последние 3 года был ниже 3 звезд.
Я хочу зарегистрироваться в плане со звездным рейтингом «3 звезды» или выше.
- ☐ Я участвую в плане, который недавно перешел под контроль штата из-за финансовых проблем (внешнее управление). Я хочу перейти на другой план.
- ☐ Мною запрошены материалы в специальном формате, но не были получены вовремя.
Я хочу зарегистрироваться сейчас, поскольку у меня было время для принятия решений о регистрации. Ранее запрошен специальный формат: _____

* Примечание. В специальные форматы входят, в том числе, шрифт Брайля, крупный шрифт, компакт-диск (CD) с данными.

- ☐ Я плачу страховой взнос за участие в Части А и оформил (-а) подписку на Часть В в течение общего периода регистрации (ежегодно с 1 января по 31 марта). Я хочу зарегистрироваться в плане покрытия лекарств по программе Medicare (Часть D) или плане Medicare Advantage с покрытием лекарств.
* Если вы платите страховой взнос за участие в Части А и подписались на Часть В в ходе общего периода регистрации, вы можете зарегистрироваться в плане в течение 2 месяцев после подписки на Часть В.
Подписка оформлена (укажите дату). _____ / _____ / _____

- ☐ Я оформил (-а) подписку на Часть А (больничное страхование) или Часть В (медицинское страхование) во время специального периода регистрации, в котором у меня было право участвовать в связи с исключительными обстоятельствами. Подписка оформлена (укажите дату). _____ / _____ / _____

- ☐ У меня есть покрытие по программе Medicare и полное покрытие по программе Medicaid. Я хочу зарегистрироваться в полностью интегрированном плане для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (FIDE SNP), высокоинтегрированном плане для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (HIDE D-SNP) или применимом интегрированном плане (AIP).

- ☐ У меня есть покрытие лекарств по программе Medicare (Часть D) в рамках плана Medicare Advantage. Я хочу зарегистрироваться в другом плане медицинского страхования по программе Medicare, который не предусматривает покрытие лекарств, чтобы иметь возможность перейти на засчитываемое покрытие лекарств вне программы Medicare.

* ПРИМЕЧАНИЕ. Только для участников планов МА

Если к вам не применимо ни одно из перечисленных утверждений или вы сомневаетесь, звоните в компанию Wellcare по номеру 1-844-480-0680 (пользователям устройств ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, имеете ли вы право на регистрацию. Мы открыты в период с 1 октября по 15 декабря, сотрудники работают с воскресенья по субботу с 8 a.m. до 8 p.m. С 16 декабря по 30 сентября сотрудники работают с понедельника по субботу с 8 a.m. по 8 p.m.

Вы должны продолжать платить страховые взносы за покрытие Medicare Part B. Если вы получаете полное покрытие по двум программам, штат будет оплачивать ваши страховые взносы за покрытие Части В, пока у вас сохраняется право на участие в программе Medicaid.



