

CalOptima Health OneCare (HMO-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

نموذج طلب التسجيل

رسائل تذكير:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط في أثناء فترة التسجيل المفتوح في الخريف في الفترة (من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر)، يجب أن تقدم نموذج طلبك المكتمل للخطوة بحلول 7 ديسمبر.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذج طلبك المكتمل والموقع إلى:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

بمجرد الانتهاء من مراجعة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

كيف أتلقى المساعدة لإكمال هذا النموذج؟

اتصل بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.

أو اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al 1-877-412-2734. TTY al 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

بالنسبة إلى الأفراد الذين يعانون التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك مكان دائم للإقامة، فإنه يمكن اعتبار صندوق البريد أو عنوان أحد الملاجئ أو العيادات أو العنوان الذي تتلقى فيه البريد (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي) عنوان إقامتك الدائم.

من الذي يمكنه أن يستخدم هذا النموذج؟

الأشخاص التابعون لبرنامج Medicare ويريدون الانضمام إلى إحدى خطط Medicare Advantage Plan

للانضمام إلى إحدى الخطط، يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا في الولايات المتحدة بشكل قانوني
- أن تعيش في منطقة تغطية خدمات الخططة

ملاحظة مهمة: للانضمام إلى إحدى خطط Medicare Advantage Plan، يجب أن تكون خاضعًا لتغطية كل مما يلي:

- Medicare Part A (تأمين المستشفى).
- Medicare Part B (التأمين الطبي).

متى أستخدم هذا النموذج؟

- يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط: بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للحصول على التغطية بدءًا من 1 يناير)
- خلال فترة 3 أشهر من حصولك على خدمات Medicare لأول مرة
- في مواقف معينة حيث يُسمح لك بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها

قم بزيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد عن الوقت الذي يمكنك التسجيل فيه في إحدى الخطط.

ما الذي أحتاج إليه لإكمال هذا النموذج؟

- رقم Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare باللون الأحمر والأبيض والأزرق)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملاحظة: يجب إكمال جميع العناصر في القسم 1. العناصر الموجودة في القسم 2 اختيارية، ولن يُرفض طلبك للحصول على التغطية بسبب أنك لم تكملها.

وفقًا لقانون الحد من العمل الورقي لسنة 1995، لا يُلزم الأشخاص بالاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم يتوفر رقم تحكم صحيح OMB. رقم التحكم الصحيح OMB لجمع هذه المعلومات هو 0938-1378. يُقدر الوقت المطلوب لإكمال هذه المعلومات بمعدل 20 دقيقة لكل رد، ويشمل ذلك وقت مراجعة التعليمات والبحث عن مصادر البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة واستكمال مجموعة البيانات ومراجعتها. إذا كان لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو إذا كانت لديك اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال خطاب إلى العنوان: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26 05, Baltimore, Maryland 21244 1850.

ملاحظة مهمة

لا ترسل هذا النموذج أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وغيرها) إلى مكتب منح الموافقات وفقًا لتقارير برنامج الحد من العمل الورقي (PRA Reports Clearance Office). سيتم إتلاف أي عناصر تحصل عليها وكانت غير متعلقة بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء جمع البيانات (كما هو موضح في OMB 0938-1378). لن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخططة. راجع قسم "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخططة.

القسم ١ - يلزم ملء جميع الحقول في هذه الصفحة (ما لم يتم وضع علامة أن هذا الحقل اختياري)

حدّد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

□ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) - \$0 شهريًا

الاسم الأول: اسم العائلة: [اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط]:

تاريخ الميلاد: (سنة/يوم/شهر) (____/____/____) الجنس: ذكر □ أنثى □ رقم الهاتف: (____) (____) (____)

عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق البريد. **ملاحظة:** بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التشرد، قد يعتبر رقم صندوق البريد عنوان إقامتك الدائمة):

المدينة: [اختياري: المقاطعة]: الولاية: الرمز البريدي:

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يسمح بإدخال رقم صندوق البريد):
عنوان الشارع: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare: _____ - _____ - _____

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

هل ستكون ضمن خطة تغطية أخرى لأدوية الوصفات الطبية (مثل VA, TRICARE) بالإضافة إلى CalOptima Health OneCare Complete ؟ □ نعم □ لا

اسم خطة التغطية الأخرى: رقم عضويتك في خطة التغطية هذه: المجموعة لخطة التغطية هذه:

هل أنت مُسجل في برنامج Medicaid (Medi-Cal) الخاص بولايتك؟ □ نعم □ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم رقم Medicaid المكون من 9 رموز رقم تعريف العميل (CIN):

ملاحظة مهمة: اقرأ ما يلي ووقع أدناه:

- يجب أن أحافظ على كل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء ضمن تغطية CalOptima Health OneCare Complete.
- من خلال الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan هذه، أقر بأن CalOptima Health OneCare Complete ستشارك معلوماتي مع Medicare، والذي قد يستخدمها لتتبع عملية تسجيلي، ولتسديد المدفوعات، وللأغراض الأخرى التي يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يصرح بجمع هذه المعلومات (انظر Privacy Act Statement (بيان قانون الخصوصية) الوارد أدناه). إن ردي على هذا النموذج اختياري. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على إمكانية التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه يمكنني التسجيل في خطة MA واحدة فقط في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تلقائيًا تسجيلي في أي خطة MA أخرى (تنطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أفهم بأنه عندما تبدأ تغطيتي من CalOptima Health OneCare Complete، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية ومستحقاتي من أدوية الوصفات الطبية من CalOptima Health OneCare Complete. إن المزايا والخدمات التي تقدمها CalOptima Health OneCare Complete والواردة في مستند CalOptima Health OneCare Complete الخاص بي "كتيب الأعضاء (دليل التغطية)" (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك) ستكون مشمولة بالتغطية. لن تدفع Medicare ولا CalOptima Health OneCare Complete مقابل المزايا أو الخدمات التي لا تخضع للتغطية.
- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خطأ عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.
- أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المفوض قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. إذا تم التوقيع عليه من قبل ممثل معتمد (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر بما يلي:
 1. هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل، و
 2. إثبات توثيق هذا التفويض متاح عند طلب Medicare.

التوقيع:	تاريخ اليوم:
إذا كنت الممثل معتمد، فوقع أعلاه وأملأ هذه الحقول:	
الاسم:	العنوان:
رقم الهاتف: () ()	الصلة بالمسجل:

القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

ترجع الإجابة عن هذه الأسئلة لاختيارك. لا يُرفض طلبك للتغطية بسبب عدم إجابتك عنها.

اختر إحدى اللغات إذا كنت تريد أن نرسل لك معلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.
☐ الإسبانية ☐ الفيتنامية ☐ الفارسية ☐ العربية ☐ الصينية ☐ الكورية ☐ الروسية
حدد طريقة مما يلي إذا كنت تريدنا أن نرسل إليك معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه.
☐ طريقة برايل ☐ الطباعة بحروف كبيرة ☐ قرص CD صوتي ☐ قرص CD معلومات
يُرجى التواصل مع CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل الخاصة بنا هي من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
هل تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا هل يعمل زوجك/زوجتك؟ ☐ نعم ☐ لا
أذكر اسم مزود الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي:

للأفراد الذين يساعدون المسجلين في إكمال هذا النموذج فقط
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____
Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

بيان قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات (CMS) وMEDICAID وMEDICARE بجمع معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage لتحسين الرعاية ودفع استحقاقات Medicare. تسمح الأقسام 1851 و 1860D من قانون الضمان الاجتماعي و42 CFR المادتين 422.50 و 422.60 بجمع هذه المعلومات. يمكن لمراكز CMS استخدام بيانات التسجيل والإفصاح عنها وتبادلها من المستفيدين من برنامج Medicare كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (System of Records Notice, SORN) لأدوية الوصفات الطبية التابعة ل خطة Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx). رقم النظام 09 70 0588. إن رذك على هذا النموذج اختياري. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على إمكانية التسجيل في الخطة.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، هي منظمة Medicare Advantage مع عقد Medicare و Medi-Cal. التسجيل في CalOptima Health OneCare يعتمد على تجديد العقد. تمثل CalOptima Health OneCare مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يرجى الاتصال برقم خدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.