

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 (HMO D-SNP)
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 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 يمكن
لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم
1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare 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

للاضمام 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 الخطة

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 أستخدام 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 الخطة. راجع قسم "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

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

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) - \$0 شهريًا

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

رقم الهاتف:

الجنس: ذكر أنثى

تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)
(____/____/____)

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

الرمز البريدي:

الولاية:

[اختياري: المقاطعة]:

المدينة:

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يسمح بإدخال رقم صندوق البريد):

الرمز البريدي:

الولاية:

المدينة:

عنوان الشارع:

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؟ 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 (Part A) والتأمين الطبي (Part B) للبقاء ضمن تغطية CalOptima Health OneCare.
- من خلال الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan هذه، أقر بأن CalOptima Health OneCare ستشارك معلوماتي مع Medicare والتي قد تستخدمها لتتبع عملية تسجيلي وإجراء المدفوعات وللأغراض الأخرى التي يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يصرح بجمع هذه المعلومات (انظر 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, MA MSA).
- أفهم بأنه عندما تبدأ تغطيتي من CalOptima Health OneCare، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية ومستحقاتي من أدوية الوصفات الطبية من CalOptima Health OneCare. إن المزايا والخدمات التي تقدمها CalOptima Health OneCare (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك) ستكون مشمولة بالتغطية. لن تدفع Medicare ولا CalOptima Health OneCare 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 المخول قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. إذا تم التوقيع عليه من قبل ممثل مفوض (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 المفوض، فوقع أعلاه واملأ هذه الحقول:	
الاسم:	العنوان:
رقم الهاتف:	الصلة بالمسجل:

القسم ٢ - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

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

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني / أو إسباني؟ حدد كل ما ينطبق.

- لا، لست من أصل هسباني أو لاتيني و/أو إسباني
 نعم، بورتوريكي
 نعم، من أصل هسباني أو لاتيني / أو إسباني
 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، كوبي
 أختار ألا أجيب.

ما العرق الذي تنحدر منه. حدد كل ما ينطبق.

- هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين
 هندي آسيوي
 صيني
 فلبيني
 ياباني
 كوري
 فيتنامي
 من أصل آسيوي آخر
 أسود أو أمريكي من أصول إفريقية
 سكان هاواي الأصليين وجزر المحيط الهادئ
 غوامي أو من شعب شامورو
 من سكان هاواي الأصليين
 من ساموا
 من جزر الهادي الأخرى
 أبيض
 أختار ألا أجيب.

<p>ما هو جنسك؟ حدد خيارًا واحدًا.</p> <p><input type="checkbox"/> امرأة <input type="checkbox"/> رجل <input type="checkbox"/> غير ثنائي <input type="checkbox"/> استخدم مصطلحًا آخر: _____</p> <p><input type="checkbox"/> أختار ألا أجيب.</p>
<p>أي مما يلي يمثل أفضل طريقة لتفكيرك في نفسك؟ حدد خيارًا واحدًا.</p> <p><input type="checkbox"/> مثلي أو مثلية <input type="checkbox"/> استخدم مصطلحًا آخر: _____</p> <p><input type="checkbox"/> مستقيم، غير مثلي أو مثلية <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أختار ألا أجيب.</p> <p><input type="checkbox"/> مزدوج الهوية الجنسية</p>
<p>اختر إحدى اللغات إذا كنت تريد أن نرسل لك معلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.</p> <p><input type="checkbox"/> الإسبانية <input type="checkbox"/> الفيتنامية <input type="checkbox"/> الفارسية <input type="checkbox"/> العربية <input type="checkbox"/> الصينية <input type="checkbox"/> الكورية</p>
<p>حدد طريقة مما يلي إذا كنت تريدنا أن نرسل إليك معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه.</p> <p><input type="checkbox"/> طريقة برايل <input type="checkbox"/> الطباعة بحروف كبيرة <input type="checkbox"/> قرص CD صوتي <input type="checkbox"/> قرص CD معلومات</p> <p>يُرجى التواصل مع CalOptima Health OneCare 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.</p>
<p>هل تعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل يعمل زوجك/زوجتك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>أذكر اسم مزود الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي:</p>

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 و1860D-1 من قانون الضمان الاجتماعي وCFR 42CFR 422.50 و422.60 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 لخدمة 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.

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 (711 TTY)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.