



نموذج طلب التسجيل الفردي للتسجيل في خطة Medicare Advantage (الجزء C)

رسائل تذكيرية:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط أثناء التسجيل المفتوح في فصل الخريف (15 تشرين الأول/أكتوبر - 7 كانون الأول/ديسمبر)، يجب أن تحصل الخطة على النموذج المكتمل الخاص بك بحلول 7 كانون الأول/ديسمبر.
- سترسل لك خطتك فاتورة بقسط الخطة. ويمكنك اختيار الاشتراك من خلال خصم مدفوعات أقساطك من حسابك المصرفي أو من مزايا الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية) الشهرية.

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذجك المكتمل والموقع إلى:

Wellcare By Health Net

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91499-6208

بمجرد معالجة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

كيف أحصل على مساعدة بخصوص هذا النموذج؟

اتصل بـ Wellcare من Health Net على الرقم 1-844-917-0175.

يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711.

أو اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE).

على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY

الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك إقامة دائمة، فيمكن اعتبار صندوق مكتب البريد أو عنوان الملاجئ أو العيادة أو العنوان الذي تتلقى عليه البريد (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي)، عنوان إقامتك الدائم.

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

- الأشخاص المشتركون في برنامج Medicare ويرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage
- ليتسنى لك الانضمام إلى إحدى الخطط، يجب أن:
- تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا شرعيًا في الولايات المتحدة
- تكون ساكنًا في منطقة خدمة الخطة
- مهم: ليتسنى لك الانضمام إلى خطة Medicare Advantage، يجب أن تكون مشتركًا بكلتا البرنامجين:
- برنامج Medicare الجزء A (تأمين المستشفيات)
- برنامج Medicare الجزء B (التأمين الطبي)

متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط:

- في الفترة بين 15 تشرين الأول/أكتوبر - 7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام (بمجرد تبدأ التغطية من 1 كانون الثاني/يناير)
- في غضون 3 أشهر من حصولك لأول مرة على برنامج Medicare
- في مواقف معينة يُسمح لك فيها بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها

يرجى زيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد بخصوص الوقت الذي يمكنك فيه الاشتراك في إحدى الخطط.

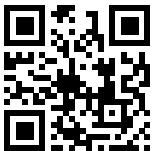
ما الذي أحجاجة لإكمال هذا النموذج؟

- رقم برنامج Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملاحظة: يتعين عليك إكمال جميع البنود في القسم 1. البنود الموجودة في القسم 2 اختيارية - لا يمكن رفض منحك التغطية إذا لم تملأها.

مهم

لا تُرسل هذا النموذج أو أي عناصر تتضمن معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وما إلى ذلك) إلى مكتب تخليص تقارير PRA. سنتخلص من أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء تجميعه (كما هو موضح في OMB 0938-1378). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. راجع جزئية "ماذا سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال نموذجك المكتمل إلى الخطة.



القسم 1 - جميع الحقوق في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم تكن محددة كاختيارية)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

Wellcare Premium Ultra (HMO)² H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

- ☐ **009** مقاطعات Alameda و Amador و Contra Costa و San Francisco و Stanislaus، CA \$133 لكل شهر
- ☐ **039** مقاطعة Yolo، CA \$100 لكل شهر
- ☐ **084** مقاطعتي Placer و Sacramento، CA \$163 لكل شهر

Wellcare No Premium (HMO)² H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

- ☐ **012** مقاطعتي Imperial و San Diego، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **103** مقاطعات Amador و Contra Costa و Yolo، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **124** مقاطعتي Placer و Sacramento، CA \$0 لكل شهر

Wellcare Patriot Giveback (HMO)² H0562 – لا تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

- ☐ **044** مقاطعات Alameda و Amador و Contra Costa و Los Angeles و Placer و Riverside، CA \$0 لكل شهر
- و Sacramento و San Bernardino و San Mateo و Solano و Stanislaus، CA

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

- ☐ **079** مقاطعات Fresno و Kern و Madera، CA \$0 لكل شهر

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)¹ H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة / اضطرابات

القلب والأوعية الدموية وقصور القلب المزمن (CHF) وداء السكري

- ☐ **092** مقاطعات Kern و Los Angeles و Orange، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **118** مقاطعتي Fresno و San Francisco، CA \$0 لكل شهر

Wellcare No Premium (HMO) H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

- ☐ **097** مقاطعة San Francisco، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **113** مقاطعة Alameda، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **120** مقاطعتي Santa Clara و Stanislaus، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **125** مقاطعتي Los Angeles و Orange، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **126** مقاطعتي Riverside و San Bernardino، CA \$0 لكل شهر
- ☐ **128** مقاطعتي San Mateo و Solano، CA \$0 لكل شهر

¹يجب أن تستوفي معايير التسجيل الخاصة للتسجيل في هذه الخطة.

²تُعرض حزمة تكميلية اختيارية مع هذه الخطة.



القسم 1 - جميع الحقوق في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم تكن محددة كاختيارية)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)^{1,2} H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة / اضطرابات القلب والأوعية الدموية وقصور القلب المزمن (CHF) وداء السكري

مقاطعة CA، San Diego 114 □ \$0 لكل شهر

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)¹ H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعات CA، Tulare و San Francisco و Orange و Madera و Kern و Fresno 121 □ \$0 لكل شهر

Wellcare Low Premium (HMO)² H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعات CA، San Bernardino و Riverside و Orange و Los Angeles 123 □ \$22 لكل شهر

Wellcare Assist (HMO) H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعات Santa Clara و Madera و Fresno و Contra Costa و Amador 127 □ \$10.30 لكل شهر
CA، Tulare و

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)¹ H0562 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعات CA، San Diego و San Bernardino و Riverside و Los Angeles 129 □ \$0 لكل شهر

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)¹ H3561 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعات Placer و Madera و Imperial و Fresno و Amador و Alameda 001 □ \$0 لكل شهر
CA، Stanislaus و Sacramento و

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 – تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

مقاطعتي CA، Sutter و Amador 001 □ \$0 لكل شهر

¹ يجب أن تستوفي معايير التسجيل الخاصة للتسجيل في هذه الخطة.

² تُعرض حزمة تكميلية اختيارية مع هذه الخطة.



مزایا تکمیلیه اختیاریه لقسط شهري إضافي

مزایا تکمیلیه اختیاریه	اسم الخطه
Centene Enhanced Dental, ☐ Vision & Wellness Plus \$26 لكل شهر	Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009
Centene Enhanced Vision & ☐ Wellness Plus \$16 لكل شهر	Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 039 H0562 – 084
Centene Enhanced Dental ☐ \$11 لكل شهر	Wellcare No Premium (HMO) – H0562 – 012, 103, 124 Wellcare Patriot Giveback (HMO) – H0562 – 044 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) – H0562 – 114 Wellcare Low Premium (HMO) – H0562 – 123

مبلغ قسط الخطه الشهري (تشمل مبلغ قسط حزمة تکمیلیه اختیاریه)

تاریخ السريان المطلوب

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

--

\$



القسم 1 - جميع الحقول في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم تكن محددة كاختيارية)

اختياري:
الحرف الأول من
الاسم الأوسط

الاسم الأخير

الاسم الأول

رقم الهاتف

 - -

الجنس

ذكر ☐

أنثى ☐

تاريخ الميلاد

M M D D Y Y Y Y

*عنوان شارع الإقامة الدائم (لا تُدخل صندوق البريد)

الرمز البريدي

الولاية

اختياري: المقاطعة

المدينة

العنوان البريدي ، (يُسمح بإدخال صندوق البريد) إذا كان مختلفاً عن
عنوان شارع إقامتك الدائم

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare

يستحق:

المستشفى (الجزء A)

تاريخ السريان

M M D D Y Y Y Y

الطبي (الجزء B)

M M D D Y Y Y Y

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

1. هل سيكون لديك برنامج تغطية آخر للأدوية الموصوفة (مثل VA و TRICARE) إضافةً إلى Wellcare؟

نعم ☐ لا ☐

اسم التغطية الأخرى

رقم المجموعة لهذه التغطية

رقم العضو لهذه التغطية

2. هل أنت مُسجّل في برنامج Medicaid التابع للولاية لديك؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت إجابتك هي "نعم"، يرجى تقديم رقم Medicaid الخاص بك:

3. هل تعاني من اضطرابات القلب والأوعية الدموية و/أو قصور القلب المزمن (CHF) و/أو داء السكري؟

نعم ☐ لا ☐



مهم: يرجى القراءة والتوقيع في الأسفل:

- يجب أن أحتفظ بكل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء في Wellcare.
- بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن Wellcare ستشارك معلوماتي مع Medicare، والتي قد تستخدمها لتتبع تسجيلي، وإجراء المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يُصرّح بجمع هذه المعلومات (راجع بيان قانون الخصوصية أدناه).
- إجابتي على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتي على عملية التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه يمكنني التسجيل في خطة MA واحدة فقط في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تلقائيًا تسجيلي في خطة MA أخرى (تنطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أفهم أنه عندما تبدأ تغطية Wellcare الخاصة بي، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية والأدوية الموصوفة الخاصة بي من Wellcare. وسيتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها Wellcare والواردة في مستند "دليل التغطية" الخاص بي من Wellcare (المعروف أيضاً باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن تدفع Medicare ولا Wellcare أي تكاليف مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.
- أفهم أن الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare لا يُشملون بالتغطية عموماً بموجب Medicare أثناء تواجدهم خارج البلاد، باستثناء التغطية المحدودة بالقرب من حدود الولايات المتحدة.
- إن المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة حسب علمي. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة.
- أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانوناً بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. وفي حالة التوقيع عليه من قبل الممثل المخول (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يشهد على ما يلي:
 - (1) هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل،
 - (2) ويتوفر توثيق هذه الصلاحية عندما تطلب Medicare ذلك.

تاريخ اليوم

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

التوقيع

إذا كنت أنت الممثل المخول، فيرجى التوقيع أعلاه وملء هذه الحقول:

الاسم

--

العنوان

--

العلاقة بالمُسجِّل

رقم الهاتف

--	--	--	--



القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

الإجابة عن هذه الأسئلة اختيارية. لا يمكن رفض تغطيتك لأنك لم تملأها.

- هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني / أو إسباني؟ حدد كل ما ينطبق.
- ☐ لا، ليس من أصل هسباني، أو لاتيني / أو إسباني ☐ نعم، مكسيكي، أو مكسيكي أمريكي، أو شيكانو ☐ نعم، بورتوريكي
- ☐ نعم، كوبي ☐ نعم، من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر ☐ أفضل عدم الإجابة

ما هو عرقك؟ اختر كل ما ينطبق.

- ☐ هندي أمريكي أو من سكان ألaska الأصليين ☐ هندي آسيوي ☐ أمريكي من ذوي البشرة السوداء أو أفريقي أمريكي
- ☐ صيني ☐ فلبيني ☐ غواماني أو تشامورو ☐ ياباني ☐ كوري ☐ من سكان هاواي الأصليين ☐ من أصل آسيوي آخر
- ☐ من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين ☐ سامواني ☐ فيتنامي ☐ من ذوي البشرة البيضاء ☐ أفضل عدم الإجابة

يرجى تحديد أحد المربعات الواردة أدناه إذا كنت تفضل أن تُرسل إليك المعلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

- ☐ الإسبانية ☐ الصينية ☐ الكورية ☐ الفيتنامية ☐ التاغالوغية ☐ العربية ☐ الأرمنية ☐ الكمبودية
- ☐ الفارسية ☐ الروسية

يرجى تحديد أحد المربعات الواردة أدناه إذا كنت تفضل أن تُرسل إليك المعلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه

☐ طريقة برايل "Braille" ☐ الطباعة بحروف كبيرة ☐ قرص صوتي مضغوط

يرجى الاتصال بـ Wellcare على الرقم 1-844-917-0175 إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل لدينا من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. (جميع المناطق الزمنية) يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711.

1. هل تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا

2. هل زوجك/زوجتك تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا

يرجى إدراج اسم طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي الخاص بك:

أرغب في الحصول على المواد التالية عبر البريد الإلكتروني.

حدد واحدًا أو أكثر.

☐ دليل التغطية (EOC)

☐ أرسل لي رابطًا للحصول على مواد الميزة الخاصة بي عبر الإنترنت

عنوان البريد الإلكتروني:



دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع قسط خطتك الشهرية (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخر لديك حاليًا أو قد تكون مدينًا بها) عن طريق البريد، أو "تحويل الأموال إلكترونيًا (EFT)"، أو "بطاقة الائتمان" كل شهر. كما يمكنك اختيار دفع قسطك عن طريق الخصم التلقائي من مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) كل شهر.

وفي حالة فرض مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل من الجزء D (Part D-IRMAA) عليك، فيتعين عليك دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. يُخصم المبلغ عادةً من مزايا الضمان الاجتماعي الخاصة بك أو يمكنك الحصول على فاتورة من Medicare (أو RRB). لا تدفع لـ Wellcare مبلغ Part D-IRMAA.

إذا لم تحدد خيارًا للدفع، ستتلقى فاتورة كل شهر.

يرجى تحديد خيار دفع القسط:

☐ الحصول على فاتورة

☐ خصم تلقائي من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) الشهري الخاص بك. أحصل على مزايا شهرية من: ☐ الضمان الاجتماعي ☐ RRB

(قد يستغرق خصم الضمان الاجتماعي / RRB شهرين أو أكثر للبدء بعد موافقة الضمان الاجتماعي أو RRB على الخصم. وفي معظم الحالات، إذا قبل الضمان الاجتماعي أو RRB طلبك للخصم التلقائي، فإن الخصم الأول من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو RRB الخاص بك سيتضمن جميع الأقساط المستحقة من تاريخ تسجيلك الفعلي حتى بداية نقطة الاستقطاع. أما إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي أو RRB على طلبك للخصم التلقائي، فسُرسل إليك فاتورة بأقساطك الشهرية.)

بيان قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) بجمع معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA) وتحسين الرعاية ودفع تكاليف مزايا برنامج Medicare. ويُتيح القسمان 1851 و 1860D-1 من قانون الضمان الاجتماعي و CFR §§ 422.50 و 422.60 جمع هذه المعلومات. ويحق لمراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) استخدام بيانات التسجيل المُجمعة من المستفيدين من برنامج Medicare والإفصاح عنها وتبادلها على النحو المحدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "الأدوية الموصوفة من Medicare Advantage (MARx)"، النظام رقم 09-70-0588. إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك على عملية التسجيل في الخطة.



لاستخدام المكتب فقط:

اسم الموظف/الوكيل/الوسيط (إذا ساعد في التسجيل):

رقم تعريف الخطة (ID): تاريخ سريان التغطية:

M M D D Y Y Y Y

SEP (نوع): ☐ AEP ☐ ICEP/IEP ☐ غير مؤهل ☐

مندوب مبيعات/وكيل معتمد لـ Wellcare (ممثّل/وكيل المبيعات الفردي الذي أكمل الطلب)

نوع الوكيل (حدد واحدًا): ☐ وكيل معتمد ☐ موظف Wellcare

أكمل القسم أدناه:

اسم ممثّل/وكيل المبيعات رقم المنتج الوطني لممثّل/وكيل المبيعات

المؤسسة التابع لها الوكالة/منظمة التسويق: الرقم التعريفي للوكيل (ID): (إن وجد)

يجب أن تتطابق هذه المعلومات مع سجلات ترخيص Wellcare المعتمدة الخاصة بك.

رقم هاتف الوكيل: - -

البريد الإلكتروني رقم هاتف الوكالة/منظمة التسويق (إن وجد)

- -

تاريخ استلام طلب مندوب المبيعات/الوكيل المعتمد: (يجب استلام الطلبات في Wellcare في غضون يوم واحد من هذا التاريخ.)

M M D D Y Y Y Y

موقع استلام الطلب: ☐ موعد ☐ فعالية مبيعات ☐ مباشر

☐ أخرى (حدد):

معلومات مقدم خطط HMO:

اسم PCP: رقم تعريف المقدم الوطني لـ PCP:

اسم مجموعة مقدمي الخدمات المشاركة PPG: معرّف (ID) PPG:

هل الـ PCP / PPG المحدد مقبول للخطة المختارة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت مريض حالي؟ ☐ نعم ☐ لا

معلومات الطبيب المختار لخطط PPO:

اسم POC: رقم تعريف المقدم الوطني لـ POC/PCP:

عنوان POC:

تاريخ السريان: M M D D Y Y Y Y

تقديم طلبات الوسيط: يجب على مندوب/وكيل المبيعات إرسال نماذج نطاق التعيين والتسجيل بالفاكس إلى 1-844-222-3180



عادةً، لا يمكنك التسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage سوى خلال فترة التسجيل السنوية من 15 تشرين الأول/أكتوبر حتى 7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام. ولكن توجد استثناءات قد تسمح لك بالتسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage خارج هذه الفترة.

يرجى قراءة العبارات التالية بعناية وتحديد المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. من خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تقر بأنك، على حد علمك، مؤهل لفترة التسجيل. وإذا قررنا لاحقاً أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

☐ أنا جديد في Medicare.

☐ أنا مُسجِّل في إحدى خطط Medicare Advantage وأريد تغييرها خلال فترة التسجيل المفتوحة لخطط Medicare Advantage (MA OEP).

☐ لقد انتقلت مؤخراً إلى خارج منطقة خدمة خطتي الحالية أو انتقلت مؤخراً وهذه الخطة هي خياراً جديداً لي. انتقلت بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ أطلب سراجي مؤخراً من السجن. لقد أطلب سراجي بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ عدت مؤخراً إلى الولايات المتحدة بعد أن عشت بشكل دائم خارج الولايات المتحدة وعدت في (أدخل التاريخ).

☐ أنا حصلت مؤخراً على وضع التواجد القانوني في الولايات المتحدة. لقد حصلت على هذه الحالة بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ لقد أجريت مؤخراً تغييراً في خطة Medicaid الخاصة بي (حصلت مؤخراً على خطة Medicaid، أو أجريت تغييراً في مستوى مساعدة خطة Medicaid، أو فقدت خطة Medicaid) بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ لقد أجريت مؤخراً تغييراً في المساعدة الإضافية Extra Help التي تُقدّم لي لدفع قيمة تغطية الأدوية الموصوفة من Medicare (حصلت مؤخراً على مساعدة إضافية Extra Help، أو أجريت تغييراً في مستوى المساعدة الإضافية Extra Help، أو فقدت المساعدة الإضافية Extra Help) بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ أنا مشترك بكلاً برنامجي Medicare و Medicaid (أو تساعدني الولاية التي أقيم بها في دفع أقساط Medicare الخاصة بي) أو أحصل على مساعدة إضافية Extra Help لدفع تكاليف تغطية الأدوية الموصوفة من Medicare، ولكنني لم أجرِ أي تغيير.

☐ أنتقل إلى، أو أعيش في، أو انتقلت مؤخراً إلى مرفق رعاية طويلة الأجل (على سبيل المثال، دار رعاية ترميضية أو مرفق رعاية طويلة الأجل). انتقلت/ سأنتقل إلى/ خارج المرفق بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ لقد تركت برنامج الرعاية الشاملة لجميع المسنين (PACE) مؤخراً بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ لقد فقدت مؤخراً تغطية الأدوية الموصوفة الموثوقة قسراً (تغطية جيدة مثل تغطية برنامج Medicare). لقد فقدت تغطية الأدوية الخاصة بي بتاريخ (أدخل التاريخ).



M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ سأترك تغطية صاحب العمل أو النقابة بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ أنتمي إلى برنامج المساعدة الصيدلانية الذي توفره الولاية التي أقيم بها.

☐ أنهى خطتي عقدها مع Medicare، أو أنهى Medicare عقدها مع خطتي.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ لقد تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة.

لقد بدأ تسجيلي في تلك الخطة بتاريخ (أدخل التاريخ).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ لقد كنت مُسجلاً في Special Needs Plan "خطة الاحتياجات الخاصة (SNP)"

لكنني فقدت مؤهلات ذوي الاحتياجات الخاصة المطلوبة ليتسنى وجودي في تلك

الخطة. لقد ألغى تسجيلي من خطة SNP بتاريخ (أدخل التاريخ).

☐ لقد تأثرت بفعل حالة طوارئ أو كارثة كبرى (مثلاً أعلنت وكالة إدارة الطوارئ الفيدرالية (FEMA) أو بحسب كيان حكومي

فيدرالي أو تابع للولاية أو محلي. وتنطبق إحدى العبارات الأخرى المذكورة هنا علي، لكنني لم أتمكن من تقديم طلب

التسجيل الخاص بي بسبب الكارثة.

وفاتني فترة التسجيل بسبب:

--

إذا لم تنطبق أي من هذه العبارات عليك أو لم تكن متأكدًا، فيرجى الاتصال بـ Wellcare على الرقم 1-844-917-0175 (على

مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل أم لا. نحن متاحون من الاثنين إلى الأحد من الساعة

8 صباحًا حتى 8 مساءً (جميع المناطق الزمنية)

وفقًا لقانون تقليل الأعمال الورقية لسنة 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لإجراء جمع المعلومات ما لم يحمل رقم تحكم

صالح من مكتب OMB. رقم تحكم OMB الصالح لهذه المعلومات هو 0938-1378. ويُقدَّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات

بمتوسط 20 دقيقة لكل إجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات

المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات

لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

عليك الاستمرار في سداد قسط Medicare الجزء B. ومع ذلك، بالنسبة للمستفيدين المزدوجين بالكامل، ستغطي الولاية قسط

الجزء B الخاص بك طالما أنك تحافظ على أهليتك لبرنامج Medicaid.

