

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.
- ستُرسل 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 by Health Net على الرقم 1-844-917-0175.
- يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711.
- أو اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع.
- يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الأفراد الذين يعانون من التشرذ

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك إقامة دائمة، فيمكن اعتبار صندوق مكتب البريد أو عنوان الملجأ 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 أحتاج إليه لإكمال هذا النموذج؟

- رقم برنامج Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق 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 قانون الحد من الأعمال الورقية (PRA). سننقل من أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء تجميعه (كما هو موضح في OMB 0938-1378). ولن تُحفظ أو تُراجع أو تُرسل إلى الخطة. راجع قسم "ماذا سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال نموذجك المكتمل إلى الخطة.



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

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

001

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

0\$ لكل شهر

008

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 - تشمل تغطية الأدوية الموصوفة

0\$ لكل شهر



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

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

اختياري: الحرف الأول

من الاسم الأوسط

الاسم الأخير

الاسم الأول

نوع الهاتف

منزلي

خلوي

رقم الهاتف

 - -

الجنس

ذكر

أنثى

تاريخ الميلاد

M M D D Y Y Y Y

اختياري: اشترك في خدمة الرسائل النصية:

نعم لا

نوع الهاتف

منزلي

خلوي

اختياري: رقم الهاتف الثانوي

 - -

بالاشتراك في هذه الخدمة، أنت توافق على تلقي رسائل نصية منا للحصول على نظرات عامة حول المزايا ورسائل ترحيبية والتواصل المنتظم المتعلق بالخدمة. يمكنك إلغاء الاشتراك في أي وقت.

عنوان شارع الإقامة الدائم (لا تدخل صندوق البريد)

الرمز البريدي

الولاية

اختياري: المقاطعة

المدينة

العنوان البريدي، (يُسمح بإدخال صندوق البريد) إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم
عنوان الشارع

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare

المستحق:

تاريخ السريان

تأمين المستشفى (الجزء A)

التأمين الطبي (الجزء B)

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

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

نعم لا

اسم التغطية الأخرى

رقم المجموعة الخاص بهذه التغطية

رقم العضو الخاص بهذه التغطية

2. هل أنت مُسجّل في برنامج Medicaid التابع لولايتك؟ نعم لا

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

 

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). إجابتك عن هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك 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 وأدويتي الموصوفة من Wellcare. وستغطي Wellcare المزايا والخدمات التي تقدمها والواردة في مستند "دليل التغطية" الخاص بي (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن تدفع Medicare أو Wellcare أي تكاليف مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.

أفهم أن الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare لا يُشملون بالتغطية عمومًا 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، فسأُلغى تسجيلي من الخطة.

أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. وفي حالة توقيعه من الممثل المخول (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يشهد على ما يلي:

- هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل،
- 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 اختياري. لا يمكن رفض منحك التغطية 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 ألاسكا الأصليين هندي آسيوي أمريكي من ذوي البشرة السوداء أو أفريقي أمريكي
 صيني قلبيني غواماني أو تشامورو ياباني كوري من سكان هاواي الأصليين من أصل آسيوي آخر
 من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين سامواي 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 يسهل الاطلاع عليه.

- Braille الطباعة بحروف كبيرة قرص صوتي مضغوط

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

1. هل تعمل؟ نعم لا
2. هل يعمل زوجك/زوجتك؟ نعم لا

يرجى إدراج اسم طبيب رعايتك الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي:

عنوان البريد الإلكتروني:

يرجى الملاحظة أنه بتقديم عنوان بريدك الإلكتروني، فإنك توافق على تلقي رسائل البريد الإلكتروني منا. وسنمنحك الفرصة للاشتراك ويمكنك دائمًا إلغاء الاشتراك في مراسلات البريد الإلكتروني المستقبلية.

طريقة الاتصال المفضلة: الهاتف الرسائل النصية البريد الإلكتروني

* يرجى ملاحظة إمكانية إرسال رسائل التواصل بطريقة تختلف عن "طريقة الاتصال المفضلة".



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 إعانة ضمانك الاجتماعي و يمكنك الحصول على فاتورة من Medicare (أو RRB). لا تدفع لـ Wellcare مبلغ Part D-IRMAA.

إذا لم تحدد خيارًا للدفع، ستلقى فاتورة كل شهر.

يرجى تحديد خيار دفع القسط:

الحصول على فاتورة

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

(قد يستغرق خصم الضمان الاجتماعي أو 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 إعانة 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، فستُرسَل إليك فاتورة بأقساطك الشهرية.)

بيان قانون الخصوصية

تجمع مراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) Medicare و معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA) وتحسين الرعاية ودفع تكاليف مزايا برنامج Medicare. ويُتيح الأقسام 1851 من قانون الضمان الاجتماعي و 42 CFR §§ 422.50 و 422.60 جمع هذه المعلومات. ويحق لـ 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
[] غير مؤهل [] SEP (نوع): [] AEP [] ICEP/IEP []

مندوب مبيعات/وكيل معتمد لـ Wellcare

(ممثل أو وكيل المبيعات الفردي الذي أكمل الطلب)

نوع الوكيل (حدد واحدًا): [] وكيل معتمد [] موظف Wellcare

أكمل القسم أدناه:

رقم المنتج الوطني لممثل أو وكيل رقم المنتج الوطني
لممثل أو وكيل المبيعات (NPN)

اسم ممثل أو وكيل المبيعات

[] []

المؤسسة التابع لها الوكالة أو منظمة التسويق (FMO):
(إن وجد)

الرقم التعريفي للوكيل (ID):

[] []

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

هاتف الوكيل: [] - [] - []

رقم هاتف الوكالة أو منظمة التسويق (FMO) (إن وجد)

البريد الإلكتروني

[] - [] - [] []

تاريخ استلام طلب مندوب المبيعات أو الوكيل المعتمد:

(يجب استلام الطلبات في Wellcare في غضون يوم واحد من هذا التاريخ.)

موقع استلام الطلب: [] موعداً [] فعالية مبيعات [] مباشر

[] أخرى (حدد): []

معلومات مقدم خدمات خطط HMO:

اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP):

[]

رقم تعريف المقدم الوطني (NPI) لـ PCP:

[]

اسم مجموعة مقدمي الخدمات المشاركة (PPG):

[]

معرف (ID) PPG:

[]

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

هل أنت مريض حالي؟ [] نعم [] لا

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



شهادة الأهلية لفترة التسجيل

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. بتحديدك لأي من المربعات التالية، فإنك تقر بأنك، على حد علمك، مؤهل لفترة التسجيل. وإذا قررنا لاحقًا أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يُلغى تسجيلك.

أنا جديد في Medicare.

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

لقد انتقلت مؤخرًا إلى خارج منطقة خدمة خطتي الحالية أو انتقلت مؤخرًا وهذه الخطة هي خيارًا جديدًا لي. انتقلت بتاريخ (أدخل التاريخ).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

أطلق سراحي مؤخرًا من السجن. أطلق سراحي بتاريخ (أدخل التاريخ).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

أنا مشترك في كلا 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 أجر أي تغيير.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

لقد تركت برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE) مؤخرًا بتاريخ (أدخل التاريخ).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

لقد فقدت مؤخرًا تغطية الأدوية الموصوفة الموثوقة قسرًا (تغطية جيدة مثل تغطية برنامج Medicare). لقد فقدت تغطية أدويتي 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.

تُنهي خطتي عقدها مع Medicare، أو تُنهي Medicare عقدها مع خطتي.



- سجلتني Medicare (أو ولايتي) في خطة وأريد اختيار خطة مختلفة. لقد بدأ تسجيلي في تلك الخطة بتاريخ (أدخل التاريخ).
- كنت مُسجلاً في خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) لكنني فقدت مؤهلات ذوي الاحتياجات الخاصة المطلوبة ليتسنى وجودي في تلك الخطة. ألغى تسجيلي من خطة SNP بتاريخ (أدخل التاريخ).
- لقد تأثرت بفعل حالة طوارئ أو كارثة كبرى (مثلما 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 تسجيلي بسبب الكارثة. وفاتتني 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 الحد من 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 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 إلى المستفيدين من كلا البرنامجين بشكل كامل، ستغطي الولاية قسط الجزء B الخاص بك طالما أنك تحافظ على أهليتك لبرنامج Medicaid.

