



فرم درخواست ثبت نام فردی در طرح Medicare Advantage (بخش C)

یادآوری:

- اگر می‌خواهید در طول دوره ثبت نام آزاد پاییز (15 اکتبر تا 7 دسامبر) به طرحی بپیوندید، طرح باید فرم تکمیل شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.
- صورت حساب حق بیمه طرح برای شما ارسال خواهد شد. می‌توانید هنگام ثبت نام انتخاب کنید که پرداختی‌های حق بیمه از حساب بانکی یا مزایای ماهیانه «تأمین اجتماعی» (یا «انجمن بازنشستگان راه آهن») شما کسر شود.

بعد از آن چه می‌شود؟

فرم تکمیل شده و امضاشده‌تان را به این نشانی ارسال کنید:

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

آن‌ها پس از رسیدگی به درخواست‌تان برای پیوستن به طرح، با شما تماس خواهند گرفت.

چگونه می‌توانم برای تکمیل این فرم راهنمایی بگیرم؟

با Wellcare by Health Net به شماره 1-844-917-0175 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند.

یا در 24 ساعت روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

افرادی که بی‌خانمان هستند

- اگر می‌خواهید به طرحی بپیوندید اما سکونتگاه دائم ندارید، می‌توان صندوق پستی، نشانی سرپناه یا درمانگاه، یا نشانی‌ای که نامه‌هایتان (مثلاً چک‌های تأمین اجتماعی) را در آنجا دریافت می‌کنید، به عنوان نشانی اقامت دائم شما در نظر گرفت.

چه کسی می‌تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می‌خواهند به طرح Medicare Advantage بپیوندند

شما برای پیوستن به طرح، باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید
- در منطقه خدماتی طرح ساکن باشید
- مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage، همچنین باید هر دو این موارد را داشته باشید:
- Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی)
- Medicare بخش B (بیمه پزشکی)

چه زمانی می‌توانم از این فرم استفاده کنم؟

می‌توانید در زمان‌های زیر به طرح بپیوندید:

- بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوشش بیمه‌ای که از 1 ژانویه شروع می‌شود)
- ظرف 3 ماه از اولین عضویت در Medicare
- در شرایط خاصی که مجاز به پیوستن به طرح یا تغییر طرح هستید
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید برای طرح ثبت نام کنید، به Medicare.gov مراجعه کنید.

برای تکمیل این فرم به چه چیزهایی نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره مندرج در کارت قرمز، سفید و آبی Medicare شما)
- شماره تلفن و نشانی دائمی شما
- توجه: باید همه موارد بخش 1 را تکمیل کنید. موارد بخش 2 اختیاری هستند - به خاطر تکمیل نکردن آن‌ها از پوشش بیمه محروم نمی‌شوید.

مهم

این فرم یا هر چیزی که حاوی اطلاعات شخصی تان باشد (مانند مطالبات، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) را به دفتر ترخیص گزارش‌های PRA (قانون کاهش تشریفات اداری) ارسال نکنید. هر آنچه که از نظر ما مربوط به نحوه بهبود این فرم نباشد یا نگهداری آن دشوار باشد (مشروح در سند OMB 0938-1378) را امحا می‌کنیم. آن را حفظ یا بازیابی نمی‌کنیم یا به طرح ارسال نمی‌کنیم. برای ارسال فرم تکمیل شده خود به طرح، قسمت «بعد از آن چه می‌شود؟» در این صفحه را ببینید.



بخش 1 – همه فیلدهای این صفحه الزامی هستند (مگر اینکه با عنوان اختیاری مشخص شده باشند)

طرحی را که می‌خواهید به آن پیوندید انتخاب کنید:

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561 – شامل پوشش داروهای نسخه‌ای

\$0 در ماه

001

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 – شامل پوشش داروهای نسخه‌ای

\$0 در ماه

008



1 برای ثبت‌نام در این طرح، باید شرایط خاص ثبت‌نام را داشته باشید.

بخش 1 - همه فیلدهای این صفحه الزامی هستند (مگر اینکه با عنوان اختیاری مشخص شده باشند)

نام خانوادگی نام
حرف اول نام میانی
نام

نوع تلفن شماره تلفن جنسیت تاریخ تولد
ثابت همراه مرد زن
M M D D Y Y Y Y

نوع تلفن اختیاری: شماره تلفن ثانویه
ثابت همراه
بله خیر

بدین ترتیب موافقت می کنید که پیامک های مرور مزایا، خوش آمدگویی و راهنمایی های معمول طرح را از ما دریافت کنید.
می توانید در هر زمانی انصراف دهید.

نشانی خیابان محل اقامت دائمی (صندوق پستی وارد نکنید)

شهر ایالت اختیاری: کانتی زیپ کد
شهر ایالت کانتی زیپ کد

نشانی پستی، اگر با «نشانی خیابان محل اقامت دائمی» شما متفاوت است (صندوق پستی مجاز است)
نشانی خیابان

شهر ایالت زیپ کد
شهر ایالت زیپ کد

اطلاعات Medicare شما:

از حق دریافت این بیمه برخوردار است:
تاریخ اجرا: M M D D Y Y Y Y
بیمارستانی (بخش A) شماره Medicare
پزشکی (بخش B) M M D D Y Y Y Y

به این سؤالات مهم پاسخ دهید:

1. آیا علاوه بر Wellcare، پوشش بیمه دیگری (مانند VA، TRICARE) برای داروهای نسخه ای دارید؟
بله خیر

نام پوشش بیمه دیگر

شماره گروه برای این پوشش بیمه

شماره عضویت برای این پوشش بیمه

2. آیا در برنامه Medicaid ایالت خود عضو هستید؟ بله خیر

اگر پاسختان «بله» است، لطفاً شماره Medicaid خود را ارائه دهید:



مهم: لطفاً اطلاعات زیر را مطالعه و امضا کنید:

- برای ماندن در Wellcare، باید هم بیمه «بیمارستانی (بخش A)» و هم «بیمه پزشکی (بخش B)» را حفظ کنم.
- با پیوستن به این طرح Medicare Advantage، تصدیق می‌کنم که Wellcare اطلاعات من را با Medicare به اشتراک خواهد گذاشت، که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام من، پرداخت‌ها و سایر اهداف مجاز تحت قانون فدرال که اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهد استفاده کند (به «بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی» در زیر مراجعه کنید). پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، پاسخ ندادن به آن ممکن است روی ثبت‌نام شما در این طرح تأثیر بگذارد.
- می‌دانم که همزمان فقط می‌توانم در یک طرح MA ثبت‌نام کنم - و ثبت‌نام در این طرح به‌طور خودکار به ثبت‌نام من در طرح‌های دیگر MA پایان می‌دهد (استثناهایی برای طرح‌های MA PFFS و MA MSA اعمال می‌شود).
- می‌دانم که پس از شروع پوشش بیمه Wellcare، باید تمام مزایای پزشکی و داروهای نسخه‌ای خود را از Wellcare دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه‌شده از سوی Wellcare و مندرج در سند «مدیرک پوشش» Wellcare من (قرارداد عضویت یا توافقنامه اشتراک نیز نامیده می‌شود) تحت پوشش قرار خواهند گرفت. نه Medicare و نه Wellcare برای مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند هیچ مبلغی پرداخت نمی‌کنند.
- می‌دانم که افراد دارای Medicare معمولاً در خارج از کشور تحت پوشش Medicare نیستند، به‌جز پوشش محدود در نزدیکی مرز ایالات متحده.
- اطلاعات مندرج در این فرم ثبت‌نام تا جایی که می‌دانم صحیح است. می‌دانم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت‌نام من در این طرح لغو خواهد شد.
- می‌دانم که امضای من (یا امضای شخصی که قانوناً مجاز به اقدام از جانب من است) در این درخواست به‌منزله این است که محتوای آن را خوانده و درک کرده‌ام. در صورت امضای فرم از سوی نماینده مجاز (مطابق آنچه در بالا توضیح داده شده است)، این امضا گواهی می‌دهد که:
 - 1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت‌نام است و
 - 2) مدارک اثبات‌کننده این نمایندگی در صورت درخواست Medicare قابل ارائه است.

تاریخ امروز

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

امضا

اگر نماینده مجاز هستید، بالا را امضا کنید و این فیلدها را پر نمایید:
نام

--

آدرس

--

نسبت با ثبت‌نام‌کننده

شماره تلفن

		-		-	
--	--	---	--	---	--



بخش 2 - همه فیلدهای این صفحه اختیاری هستند

پاسخ به این سؤالها تصمیم شما است. به خاطر جواب ندادن به آنها از پوشش بیمه محروم نمی شوید.

- آیا هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی تبار هستید؟ همه مواردی که مصداق دارند را انتخاب کنید.
- خیر، هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی تبار نیستم بله، مکزیکی، آمریکایی مکزیکی، شیکانو
- بله، پورتوریکویی بله، کوبایی بله، از سایر تبارهای هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی
- ترجیح می دهم پاسخ ندهم

- نژاد شما چیست؟ همه مواردی که مصداق دارند را انتخاب کنید.
- سرخ پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا سرخ پوست آسیایی آمریکایی آفریقایی تبار یا سیاه پوست چینی
- فیلیپینی گومی یا چامورو ژاپنی کره ای بومی اهل هاوایی سایر نژادهای آسیایی
- سایر نژادهای جزایر پاسیفیک ساموآیی ویتنامی سفیدپوست ترجیح می دهم پاسخ ندهم

اگر می خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- اسپانیایی چینی کره ای ویتنامی تاگالوگ
- عربی ارمنی کامبوجی فارسی روسی

اگر می خواهید اطلاعات را در فرمتی دسترس پذیر برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- خط بریل چاپ درشت CD صوتی

اگر به اطلاعات در فرمتی دسترس پذیر به غیر از موارد ذکر شده در بالا نیاز دارید، لطفاً با Wellcare به شماره 1-844-917-0175 تماس بگیرید. ساعات کاری ما روزهای دوشنبه تا یکشنبه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب (تمام مناطق زمانی) است. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند.

1. شاغل هستید؟ بله خیر
2. همسرتان شاغل است؟ بله خیر

نام پزشک مراقبت های اولیه (PCP)، کلینیک یا مرکز سلامت:

نشانی ایمیل:

لطفاً توجه داشته باشید که با ارائه آدرس ایمیل خود، با دریافت ایمیل از ما موافقت می کنید. ما این فرصت را به شما می دهیم که از این امکان استفاده کنید، اما همواره می توانید از مکاتبات ایمیلی آتی انصراف دهید.

روش ترجیحی تماس: تلفن پیامک ایمیل

*لطفاً توجه داشته باشید که مکاتبات ممکن است به روشی به غیر از «روش ترجیحی تماس» ارسال شوند.



می‌توانید حق بیمه ماهانه خود (شامل هرگونه جریمه دیرکرد ثبت‌نام که در حال حاضر بدهکار هستید یا ممکن است بدهکار باشید) را هر ماه از طریق پست، «انتقال وجه الکترونیکی» (EFT) یا «کارت اعتباری» پرداخت کنید. همچنین می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما هر ماه به‌طور خودکار از چک مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا «انجمن بازنشستگان راه‌آهن (RRB)» کسر شود.

اگر ملزم به پرداخت «مبلغ تعدیل ماهانه وابسته به درآمد بخش D» (بخش IRMAA-D) هستید، باید این مبلغ اضافه را نیز علاوه بر حق ماهانه طرح خود پرداخت کنید. این مبلغ معمولاً از چک مزایای تأمین اجتماعی شما کسر می‌شود یا اینکه ممکن است از Medicare (یا RRB) صورتحساب دریافت کنید. مبلغ بخش IRMAA-D را به Wellcare پرداخت نکنید.

اگر گزینه پرداخت را انتخاب نکنید، هر ماه یک صورت‌حساب دریافت خواهید کرد.

لطفاً گزینه پرداخت حق بیمه را انتخاب کنید:

دریافت صورت‌حساب

کسر خودکار از چک مزایای تأمین اجتماعی یا «انجمن بازنشستگان راه‌آهن (RRB)». من از سازمان‌های زیر مزایای ماهانه دریافت می‌کنم: تأمین اجتماعی RRB

(پس از تأیید کسر از سوی تأمین اجتماعی یا RRB، کسر از مزایای تأمین اجتماعی/RRB ممکن است دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بیشتر موارد، اگر تأمین اجتماعی یا RRB درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی یا RRB شما دربرگیرنده تمام حق بیمه‌های معوق از تاریخ اجرایی شدن ثبت‌نام‌تان تا زمان شروع کسر خودکار مبلغ خواهد بود. اگر تأمین اجتماعی یا RRB درخواست شما برای کسر خودکار را تأیید نکند، ما صورت‌حساب کاغذی برای حق بیمه ماهانه شما برایتان ارسال خواهیم کرد.)

بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی

«مراکز خدمات Medicare و Medicaid» (CMS) به‌منظور پیگیری ثبت‌نام ذی‌نفعان در طرح‌های Medicare Advantage (MA)، بهبود مراقبت‌ها و پرداخت مزایای Medicare، اطلاعات را از طرح‌های Medicare جمع‌آوری می‌کنند. بخش‌های 1851 «قانون تأمین اجتماعی» و عنوان 42 «مجموعه قوانین فدرال» CFR بخش‌های 422.50 و 422.60 اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهند. CMS ممکن است داده‌های ثبت‌نام ذی‌نفعان Medicare را مطابق آنچه در «اطلاعیه سیستم سوابق (SORN)»، «داروهای تجویزی Medicare Advantage (MARX)»، شماره سیستم 09-70-0588 مشخص شده است، استفاده، افشا و مبادله کند. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، پاسخ ندادن به آن ممکن است روی ثبت‌نام شما در این طرح تأثیر بگذارد.



فقط برای استفاده اداری:

نام کارمند/عامل/کارگزار (در صورت کمک در ثبت نام):

شماره شناسایی (ID) طرح:

تاریخ اجرای پوشش:

M M D D Y Y Y Y

عدم واجدیت شرایط SEP (نوع): AEP ICEP/IEP

نماینده فروش/عامل مجاز Wellcare

(عامل/نماینده فروش شخصی که کار درخواست را انجام داده است)

نوع عامل (یک مورد را انتخاب کنید): عامل مجاز کارمند Wellcare

بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده/عامل فروش

NPN (شماره ملی تولیدکننده) نماینده/عامل فروش

شماره ID عامل:

وابستگی نهاد/FMO:

(در صورت مصداق)

این اطلاعات باید با سوابق مجوز شما که توسط Wellcare تأیید شده مطابقت داشته باشد.

شماره تلفن عامل:

 - -

شماره تلفن نهاد/FMO (در صورت مصداق)

 - -

ایمیل

تاریخ دریافت درخواست توسط عامل مجاز/نماینده فروش:

(درخواستها باید ظرف 1 روز تقویمی از این تاریخ توسط Wellcare دریافت شده باشند.)

M M D D Y Y Y Y

محل دریافت درخواست: جلسه حضوری رویداد فروش مراجعه بدون وقت قبلی

سایر (مشخص کنید):

اطلاعات ارائه دهنده برای طرح های HMO:

نام PCP:

NPI (اطلاعات شخصی غیرعمومی) PCP:

نام PPG:

شماره شناسایی (ID) PPG:

آیا PCP/PPG انتخابی برای طرح انتخاب شده پذیرفته شده است؟ بله خیر

بیمار فعلی؟ بله خیر

تحویلی های درخواست کارگزار: عامل/نماینده فروش باید فرم های ثبت نام و حیظه انتصاب را با فاکس به شماره

1-844-222-3180 ارسال کند.



تأیید واجد شرایط بودن برای دوره ثبت نام

معمولاً هر سال فقط می‌توانید در طول دوره سالانه ثبت نام، یعنی از 15 اکتبر تا 7 دسامبر در طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید. استثناهایی وجود دارد که ممکن است به شما اجازه دهد خارج از این دوره در طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید.

لطفاً گزاره‌های زیر را با دقت بخوانید و اگر گزاره‌ای در مورد شما صدق می‌کند، کادر را علامت بزنید. با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر، گواهی می‌دهید تا جایی که اطلاع دارید، برای دوره ثبت نام واجد شرایط هستید. اگر بعداً تشخیص دهیم که این اطلاعات نادرست است، ممکن است ثبت نام شما لغو شود.

عضو جدید Medicare هستم.

در طرح Medicare Advantage ثبت نام کرده‌ام و می‌خواهم در طول دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage (MA OEP) تغییری ایجاد کنم.

اخیراً به خارج از منطقه خدماتی طرح فعلی‌ام نقل مکان کرده‌ام یا اخیراً نقل مکان کرده‌ام و این طرح گزینه جدیدی برای من است. در تاریخ (درج تاریخ) نقل مکان کرده‌ام.

اخیراً از زندان آزاد شده‌ام. در تاریخ (درج تاریخ) آزاد شدم.

اخیراً پس از سکونت دائم در خارج از ایالات متحده، به ایالات متحده برگشته‌ام. در تاریخ (درج تاریخ) به ایالات متحده برگشته‌ام.

اخیراً وضعیت حضور قانونی‌ام در ایالات متحده را دریافت کرده‌ام. این تغییر وضعیت در تاریخ (درج تاریخ) صورت گرفته است.

اخیراً در تاریخ (درج تاریخ) تغییری در Medicaid خود داشته‌ام (به‌تازگی در Medicaid عضو شده‌ام، تغییری در سطح کمک‌هزینه‌های Medicaid به من به وجود آمده یا Medicaid را از دست داده‌ام).

اخیراً در تاریخ (درج تاریخ) تغییری در میزان پرداختی «کمک اضافی» (Extra Help) بابت پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare برای من به وجود آمده است (به‌تازگی «کمک اضافی» دریافت کرده‌ام، تغییری در میزان «کمک اضافی» به وجود آمده یا «کمک اضافی» را از دست داده‌ام).

هر دو بیمه Medicare و Medicaid را دارم (یا ایالت من در پرداخت حق بیمه Medicare به من کمک می‌کند) یا «کمک اضافی» برای پرداخت پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare خود دریافت می‌کنم، اما تغییری در وضعیت به وجود نیامده است.

در مرکز مراقبت‌های بلندمدت (مثلاً آسایشگاه یا مرکز مراقبت‌های بلندمدت) زندگی می‌کنم یا در حال نقل مکان به آن یا خروج از آن هستم. در تاریخ (درج تاریخ) به مرکز نقل مکان کرده‌ام/نقل مکان خواهم کرد/از آن خارج خواهم شد.

اخیراً در تاریخ (درج تاریخ) از برنامه PACE خارج شده‌ام.

اخیراً به صورت ناخواسته پوشش معتبر داروهای نسخه‌ای (پوشش بیمه‌ای هم‌سطح با Medicare) خود را از دست داده‌ام. پوشش دارویی‌ام را در تاریخ (درج تاریخ) از دست داده‌ام.

از پوشش بیمه کارفرما یا اتحادیه در تاریخ (درج تاریخ) خارج می‌شوم.



عضو برنامه کمک هزینه داروخانه‌ای ارائه شده از سوی ایالتم هستم.

قرارداد طرح من با Medicare به پایان می‌رسد، یا Medicare در حال پایان دادن به قراردادش با طرح من است.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

توسط Medicare (یا ایالت خود) در طرحی عضو شده‌ام و می‌خواهم طرح دیگری را انتخاب کنم. عضویت من در آن طرح در تاریخ (درج تاریخ) شروع شده است.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

در طرح نیازهای خاص (SNP) عضو بوده‌ام، اما دیگر شرایط ویژه الزامی برای واجد شرایط بودن در آن طرح را ندارم. عضویت من در SNP در تاریخ (درج تاریخ) لغو شده است.

سانحه‌ای بزرگ یا اضطراری (مطابق اعلان «سازمان مدیریت اضطراری فدرال» - FEMA) یا نهاد دولتی فدرال، ایالتی یا محلی روی شرایط من تأثیر گذاشته است. یکی از گزاره‌های دیگر این سند در مورد من صدق می‌کند، اما نتوانستم درخواست ثبت‌نام خود را به دلیل این سانحه ثبت کنم.

دوره ثبت‌نام را به این دلیل از دست دادم:

اگر هیچ‌یک از این گزاره‌ها در مورد شما صدق نمی‌کند یا مطمئن نیستید، لطفاً با Wellcare به شماره 1-844-917-0175 تماس بگیرید تا ببینید آیا واجد شرایط ثبت‌نام هستید یا خیر. (کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند). ساعات کاری ما روزهای دوشنبه تا یکشنبه از ساعت 8 صبح تا 8 شب (همه مناطق زمانی) است.

مطابق با «قانون سال 1995 کاهش تشریفات اداری»، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از «اداره مدیریت و بودجه (OMB)» باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این درخواست جمع‌آوری اطلاعات 0938-1378 است. زمان برآوردشده لازم برای تکمیل این جمع‌آوری اطلاعات به‌طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ است که شامل زمان بازبینی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود، جمع‌آوری داده‌های موردنیاز و تکمیل و بررسی جمع‌آوری اطلاعات است. اگر پیشنهادی برای بهبود این فرم یا نظری در مورد دقت تخمین(های) زمانی داشتید، لطفاً آن را مکتوب به نشانی زیر بفرستید:

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

شما باید همچنان به پرداخت حق بیمه Medicare بخش B ادامه دهید. اما برای افراد ذی‌نفع با واجدیت شرایط دوگانه کامل، تا زمانی که واجدیت شرایط Medicaid را حفظ کنند، ایالت حق بیمه بخش B را برایشان پوشش می‌دهد.

