OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026

نموذج طلب التسجيل الفردي لعام 2026 للتسجيل في خطة Medicare Advantage (الجزء C)

تحقق من حالة طلبك هنا:
wellcare.com/applicationtracker

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المسجلون في Medicare الذين يرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage

للانضمام إلى خطة، يُشترط:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا شرعيًا في الولايات المتحدة
- أن تكون مقيمًا في منطقة الخدمة التابعة للخطة

هام: للانضمام إلى خطة Medicare Advantage، يجب أن تكون أيضًا مسجلًا في كلٍ من:

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

متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى خطة:

- بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للتغطية التي تبدأ من 1 يناير)
- في غضون 3 أشهر من الحصول على Medicare لأول مرة
- في مواقف معينة يُسمح لك فيها بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها

تفضل بزيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الاشتراك في إحدى الخطط.

ما الذي أحتاج إليه لإكمال هذا النموذج؟

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

ملاحظة: يجب عليك إكمال جميع العناصر في القسم 1.
العناصر الواردة في القسم 2 اختيارية - لا يمكن رفض تغطيتك لأنك لم تملأها.

الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة ولكن ليس لديك مسكن دائم، فقد يتم اعتبار صندوق البريد أو عنوان مأوى أو عيادة أو العنوان الذي تتلقى عليه المراسلات (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي) عنوان مسكنك الدائم.

هل فكرت في التسجيل على
go.wellcare.com/HealthNetCA بدلاً من ذلك؟
إنها طريقة سريعة وآمنة وسهلة لتقديم طلبك.

تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في التسجيل بإحدى الخطط خلال فترة فتح التسجيل في الخريف (15 أكتوبر - 7 ديسمبر)، فيجب أن تتلقى الخطة النموذج المكتمل بحلول 7 ديسمبر.
- سترسل لك خطتك فاتورة بقسط الخطة. يمكنك اختيار التسجيل لطلب خصم مدفوعات الأقساط من حسابك المصرفي أو استحقاق الضمان الاجتماعي الشهري (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

ماذا يحدث بعد ذلك؟

أرسل النموذج المكتمل والموقع إلى:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

بمجرد معالجة طلب الانضمام خاصتك، سيتصلون بك.

كيف يمكنني الحصول على مساعدة في هذا النموذج؟

اتصل على Wellcare By Health Net على الرقم 1-844-480-0680. ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

اتصل على Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، يعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

هام

لا ترسل هذا النموذج أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية ونحوها) إلى مكتب تخليص التقارير الذي يعمل بموجب قانون PRA. سيتم إتلاف أي عناصر نتلقاها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء التحصيل الخاص به (حسبما هو موضح في OMB 0938-1378). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. راجع "ماذا يحدث بعد ذلك"؟ في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

©Wellcare 2025

القسم 1 - جميع الحقول في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم يتم تمييزها بأنها اختيارية)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

[1] **Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)** – تشمل تغطية أدوية الوصفات الطبية

☐ **H3561-008-000**	Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento, San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne	$0 شهريًا

[1] يجب أن تلبي معايير تسجيل محددة للتسجيل في هذه الخطة.

©Wellcare 2025

القسم 1 - جميع الحقول في هذا القسم مطلوبة (ما لم يتم تمييزها بأنها اختيارية)

الاسم الأول

الاسم الأخير

اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط

تاريخ الميلاد

M M D D Y Y Y Y

الجنس
☐ ذكر
☐ أنثى

رقم الهاتف

نوع الهاتف
☐ منزل
☐ خلوي

اختياري: رقم هاتف ثانوي

نوع الهاتف
☐ منزل
☐ خلوي

اختياري: عنوان البريد الإلكتروني:

اختياري: هل يمكنك استخدام الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية بنفسك بسهولة؟
☐ نعم ☐ لا

اختياري: طريقة الاتصال المفضلة: ☐ اتصال هاتفي ☐ رسالة نصية ☐ بريد إلكتروني

*يُرجى ملاحظة أنه قد يتم إرسال المراسلات بطريقة أخرى غير "طريقة الاتصال المفضلة" المختارة.

نريدك أن تستمتع بعضويتك وأن تفهم خطتك. يُرجى تقديم رقم (أرقام) هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني حتى نتمكن من إخبارك بحالة طلبك. بصفتك عضوًا، سنشارك معك معلومات مفيدة مثل ما يمكنك توقعه، وكيفية الحفاظ على صحتك، والاستفادة من المزايا الإضافية، والبحث عن طبيب، وبوابة الأعضاء الخاصة بنا، وغيرها من الأشياء المهمة. إذا لم تكن مهتمًا، فيمكنك إلغاء الاشتراك في بعض الرسائل النصية ورسائل البريد الإلكتروني.

نريد منك أن تحب خطة Wellcare الخاصة بك. إذا كانت لدينا خطط أخرى قد تكون أفضل بالنسبة لك مع تغير احتياجاتك، فسنخبرك بذلك. سنتحدث فقط عن الخطط التي نقدمها.

(لا تدخل صندوق بريد (PO Box). ملاحظة: بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التشرد، يمكن اعتبار صندوق البريد عنوان إقامتك الدائم).
☐ المعاناة من التشرد

عنوان شارع الإقامة الدائمة

المدينة

اختياري: المقاطعة

الولاية

الرمز البريدي

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بصندوق البريد)

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

©Wellcare 2025

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare

يحق له:

مستشفى (الجزء A)

طبي (الجزء B)

تاريخ السريان

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

1. هل سيكون لديك تغطية أخرى لأدوية الوصفات الطبية (مثل VA وTRICARE) بجانب Wellcare؟

☐ نعم ☐ لا

اسم التغطية الأخرى

رقم العضو لهذه التغطية

رقم المجموعة لهذه التغطية

2. يُرجى تقديم رقم برنامج Medicaid الخاص بالولاية:

يُرجى تضمين رقم Medicaid لخطط D-SNP. قد يؤدي عدم ذكر أرقام Medicaid إلى تأخير معالجة الطلب وربما رفض الطلب.

هام: يُرجى القراءة والتوقيع أدناه:

- يجب عليّ الاحتفاظ بكل من تغطية المستشفى (الجزء A) والتغطية الطبية (الجزء B) للبقاء في Wellcare.
- بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن Wellcare ستشارك معلوماتي مع برنامج Medicare، والذي قد يستخدمها لتتبع تسجيلي، وسداد المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يجيز جمع هذه المعلومات (راجع بيان قانون الخصوصية أدناه). إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الإجابة على التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه يمكن تسجيلي في خطة MA أو الجزء D واحدة فقط في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تسجيلي تلقائيًا في خطة MA أو خطة جزء D أخرى (تنطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS وMA MSA).
- أفهم أنه عندما تبدأ تغطية Wellcare الخاصة بي، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية والوصفات الطبية من Wellcare. ستتم تغطية المزايا والخدمات المقدمة من Wellcare والمضمنة في وثيقة "دليل التغطية" من Wellcare الخاصة بي (المعروفة أيضًا باسم كتيب العضو أو عقد العضو أو اتفاقية المشترك). لن يدفع Medicare ولا Wellcare مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.

©Wellcare 2025

- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن عمد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.
- أفهم أن توقيعي (أو توقيع الشخص المفوض قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. في حالة التوقيع بواسطة ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن توقيعه يُقر بما يلي:

1) هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل، و

2) سيتم تقديم وثائق هذه التفويض الممنوح له لدى طلبها من جانب Medicare.

بالتوقيع على هذه الوثيقة، أقر أنه، على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة وكاملة ودقيقة. أفهم أنه إذا تبين أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلي.

تاريخ اليوم

M M	D D	Y Y Y Y

التوقيع

إذا كنت الممثل المفوض، فوقّع أعلاه واملأ هذه الحقول:

الاسم

العنوان:

رقم الهاتف

العلاقة بالمُسجِل:

©Wellcare 2025

القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

الإجابة على هذه الأسئلة هي اختيارك. لا يمكن حرمانك من التغطية لكونك لم تجب عليها.

حدد لغة إذا كنت تريد منا إرسال معلومات إليك بلغة أخرى غير الإنجليزية.

☐ الإسبانية ☐ الصينية ☐ الكورية ☐ الهمونجية ☐ التاجالوجية ☐ الفيتنامية

☐ العربية ☐ الروسية ☐ الكمبودية ☐ الأرمينية ☐ الفارسية

حدد إحدى الطرق التالية إن كنت ترغب في أن نرسل المعلومات إليك في تنسيق يلبي احتياجاتك الخاصة.

☐ طريقة برايل ☐ طباعة كبيرة ☐ قرص مضغوط صوتي ☐ قرص مضغوط بيانات

يُرجى الاتصال على Wellcare على الرقم 1-844-480-0680 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يلبي احتياجات خاصة بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل لدينا من الأحد إلى السبت، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً (جميع المناطق الزمنية).

---

1. هل تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا
2. هل يعمل زوجك؟ ☐ نعم ☐ لا
3. هل تقيم في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار تمريض؟ ☐ نعم ☐ لا
   إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم المنشأة:

عنوان المنشأة (الرقم والشارع)

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف

اذكر طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي داخل الشبكة:

يمكنك العثور على مقدم خدمة على findaprovider.healthnetcalifornia.com

معلومات مقدم الخدمة لخطط HMO:

اسم PPG: PPG ID:

هل PCP/PPG الذي تم تحديده مقبول للخطة المختارة؟ ☐ نعم ☐ لا

مريض حالٍ؟ ☐ نعم ☐ لا

دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع قسط خطتك الشهري (بما في ذلك أي غرامة تأخير في التسجيل تكون مدينًا بها حاليًا أو قد تكون تُستحق عليك) عن طريق البريد أو التحويل الإلكتروني للأموال (EFT) أو بطاقة الائتمان كل شهر. **يمكنك أيضًا اختيار دفع قسطك عن طريق سحبه تلقائيًا من استحقاق الضمان الاجتماعي أو استحقاق مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) كل شهر.**

إذا كان يتعين عليك دفع مبلغ التسوية الشهرية المتعلقة بالدخل للجزء D (Part D-IRMAA)، فيجب دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. عادةً ما يتم سحب المبلغ من استحقاق الضمان الاجتماعي أو قد تتلقى فاتورة من Medicare (أو RRB). لا تدفع إلى Wellcare مبلغ Part D-IRMAA.

إذا لم تحدد خيار دفع، فسوف تتلقى فاتورة كل شهر.

يُرجى تحديد خيار دفع للقسط:

☐ تلقي فاتورة

☐ الخصم التلقائي من استحقاق الضمان الاجتماعي أو شيك مزايا مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) الشهري لي.

أتلقى مزايا شهرية من: ☐ الضمان الاجتماعي ☐ RRB

(قد يستغرق الخصم من استحقاق الضمان الاجتماعي/RRB شهرين أو أكثر للبدء بعد موافقة الضمان الاجتماعي أو RRB على الخصم. في معظم الحالات، إذا قبلت مؤسسة الضمان الاجتماعي أو RRB طلبك للخصم التلقائي، فسيتضمن الخصم الأول من الضمان الاجتماعي أو شيك مزايا RRB جميع الأقساط المستحقة من تاريخ سريان التسجيل حتى بدء الاستقطاع. إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي أو RRB على طلبك للخصم التلقائي، سنرسل لك فاتورة ورقية بأقساطك الشهرية.)

للأفراد الذين يساعدون المُسجِلين في إكمال هذا النموذج فقط

أكمل هذا القسم إذا كنت فردًا (أي الوكلاء أو الوسطاء أو مستشاري SHIP أو أفراد الأسرة أو أطراف ثالثة أخرى) تساعد المُسجِل في ملء هذا النموذج.

الاسم: _____ العلاقة بالمسجل: _____

التوقيع: _____ رقم المُنتِج الوطني (الوكلاء/السماسرة فقط): _____

بيان قانون الخصوصية

تجمع مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) المعلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA)، وتحسين الرعاية، ودفع مزايا Medicare. تسمح الأقسام 1851 و1860D-1 من قانون الضمان الاجتماعي والقسمين 422.50 و422.60 من الباب 42 من مدونة القوانين الفيدرالية (CFR) بجمع هذه المعلومات. يجوز لمؤسسة CMS استخدام بيانات التسجيل للمستفيدين من Medicare والإفصاح عنها وتبادلها كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "أدوية الوصفات الطبية من Medicare Advantage (MARx)"، النظام رقم 09-70-0588. إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الإجابة على التسجيل في الخطة.

©Wellcare 2025

للاستخدام المكتبي فقط:

من خلال التوقيع على هذه الوثيقة وتقديمها، أقر بأن المعلومات المقدمة فيها صحيحة وكاملة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. أفهم أن أي تحريف أو إغفال قد يكون سببًا لاتخاذ إجراء تأديبي، يصل إلى إنهاء تعييني واتفاقية المُنتِج.

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

رقم ID للخطة: ☐ **تاريخ سريان التغطية:** ☐ ☐ ☐

M M D D Y Y Y Y

مندوب مبيعات Wellcare/الوكيل المفوض

(مندوب المبيعات الفردي/الوكيل الذي أكمل الطلب)

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

أكمل القسم أدناه:

اسم مندوب المبيعات/الوكيل ☐ رقم NPN لممثل المبيعات/الوكيل ☐

الوكالة/انتساب FMO (إن وجد): ☐

يجب أن تتطابق هذه المعلومات مع سجلات ترخيص Wellcare المعتمدة بشأنك.

رقم هاتف الوكيل: ☐ – ☐ – ☐

البريد الإلكتروني ☐ **رقم هاتف الوكالة/FMO** (إن وجد) ☐ – ☐ – ☐

تاريخ استلام مندوب المبيعات/الوكيل المفوض للطلب: ☐ ☐ ☐

M M D D Y Y Y Y

(يجب أن تتلقى Wellcare الطلبات خلال يوم تقويمي واحد من هذا التاريخ).

موقع استلام الطلب: ☐ موعد ☐ فعالية مبيعات ☐ زيارة عامة

☐ آخر (حدد): ☐

إرسال طلبات الوسيط: يجب على مندوب المبيعات/الوكيل أن يرسل بالفاكس نماذج نطاق التعيين والتسجيل على الرقم 1-844-222-3180.

©Wellcare 2025

التصديق على الأهلية لفترة التسجيل

عادةً، يمكنك التسجيل في خطة Medicare Advantage فقط خلال فترة التسجيل السنوية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر من كلِ عام. هناك استثناءات قد تسمح لك بالتسجيل في خطة Medicare Advantage في وقت خارج هذه الفترة. إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تستخدم فيها مزايا Medicare، وكان قد مر أكثر من 90 يومًا على بلوغك سن 65 عامًا، فحدد "أنا جديد في Medicare". لا تنطبق فترة التسجيل الخاصة (SEP)، لذا يُرجى تحديد فترة SEP المناسبة أدناه.

يُرجى قراءة العبارات التالية بعناية ووضع علامة في المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. بتحديد أي من المربعات التالية، فإنك تقر بأنه، على حد علمك، أنت مؤهل لفترة تسجيل. إذا تبين لنا لاحقًا أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

يُرجى قراءة جميع العبارات أدناه قبل الاختيار.

☐ أنا جديد في Medicare.

*يُرجى التحديد فقط إذا كنت 1. حصلت على الاستحقاق مؤخرًا؛ 2. ستكمل عامك الـ 65 في غضون 90 يومًا أو أنك بلغت 65 عامًا مؤخرًا خلال الـ 90 يومًا الماضية؛ 3. متلقيًا جديدًا للمزايا؛ أو 4. مؤهلًا حديثًا ولكنك في السابق كنت تتلقى برنامج Medicare على أساس الإعاقة.

*إذا كانت تغطية صاحب العمل قد انتهت مؤخرًا، وكانت هذه هي المرة الأولى التي تستخدم فيها Medicare، فيُرجى تحديد SEP "تركتُ التغطية التي كانت مقدمة من صاحب العمل أو النقابة" أدناه.

☐ فترة التسجيل السنوية (AEP) من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر سنويًا.

☐ لديّ الجزء A/D وسجّلت مؤخرًا في الجزء B. أرغب في التسجيل في خطط MA.

☐ أنا جديد في Medicare، وتم إخطاري بشأن الحصول على Medicare بعد بدء تغطية الجزء A و/أو الجزء B. تم إخطاري في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ كنت حاصلًا على برنامج Medicare في السابق، ولكني الآن أبلغ من العمر 65 عامًا.

☐ أنا مسجل في خطة Medicare Advantage وأريد إجراء تغيير خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage (MA OEP).

☐ انتقلت إلى عنوان جديد خارج منطقة الخدمة التي تغطيها خطتي الحالية، أو انتقلت مؤخرًا وهذه الخطة خيار جديد بالنسبة لي. انتقلت في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ عدت إلى الولايات المتحدة بعد العيش خارج البلاد في (أدخل التاريخ).

M M D D Y Y Y Y

☐ **تم إطلاق سراحي من السجن. تم إطلاق سراحي في (أدخل التاريخ)**

M M D D Y Y Y Y

☐ حصلت مؤخرًا على حالة الوجود القانوني في الولايات المتحدة. وقد حصلت على هذه الحالة في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ أعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار تمريض أو مستشفى لإعادة التأهيل.

*ملاحظة: يجب ملء معلومات مرفق الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

☐ انتقلت مؤخرًا من مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار تمريض أو مستشفى لإعادة التأهيل.

*ملاحظة: يجب ملء معلومات مرفق الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

غادرت المرفق في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2025

☐ تركتُ تغطية صاحب العمل أو النقابة (بما في ذلك تغطية COBRA) في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ فقدت تغطية أدوية أخرى غير مقدمة من Medicare لكنها بنفس جودة تغطية الأدوية التي يوفرها Medicare (تغطية موثوقة)، أو تغيرت تغطيتي الأخرى غير المقدمة من Medicare ولم تعد تعتبر موثوقة. فقدت تغطيتي في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ **خطتي الحالية لا يمكن تجديدها للسنة التعاقدية القادمة**

***ملاحظة: فترة SEP هذه صالحة فقط من 8/12 إلى آخر يوم من فبراير.**

☐ فقدت تغطيتي لأن Medicare أنهت عقدها مع خطتي. تلقيت رسالة من Medicare تفيد بأنه يمكنني الانضمام إلى خطة أخرى. انتهت تغطيتي في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ أنهيت تغطيتي في خطة PACE (برامج الرعاية الشاملة للمسنين). تركت البرنامج في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ لقد فقدت خطة احتياجاتي الخاصة لأنني فقدت وضع الاحتياجات الخاصة اللازم للخطة. سيتم، أو تم بالفعل، إلغاء تسجيلي في SNP بتاريخ (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ أرغب في الانضمام إلى خطة احتياجات خاصة يمكنها تخصيص مزاياها حسب حالتي المزمنة.

☐ تم اعتباري أنني غير مؤهل لخطة CSNP وأريد التسجيل في خطة أخرى. تم إخطاري في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ حدث مؤخرًا تغيير في وضعي لدى Medicaid (حصلت على Medicaid حديثًا، أو حدث تغيير في مستوى Medicaid الخاص بي، أو فقدت Medicaid) في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ حدث مؤخرًا تغيير في وضع المساعدة الإضافية (Extra Help) لدي والتي كنت أحصل عليها لدفع تكاليف الأدوية (حصلت على المساعدة الإضافية حديثًا، أو حدث تغيير في مستوى المساعدة الإضافية لدي، أو فقدت المساعدة الإضافية) في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ تم تسجيلي في خطة من قِبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأ تسجيلي في تلك الخطة في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ أنا مُسجل في برنامج مساعدة دوائية من الولاية. الولايات التالية تقدم برامج SPAP مؤهلة:

Delaware، Indiana، Maine، Maryland، Massachusetts، Missouri، New Jersey، New Mexico، New York، Pennsylvania، Rhode Island، Texas، Vermont، Wisconsin.

☐ أنا بصدد فقدان المساعدة التي أتلقاها من برنامج مساعدة دوائية من الولاية. فقدت المساعدة في (أدخل التاريخ)

M M D D Y Y Y Y

☐ أنا، أو الشخص الذي أعتمد عليه للمساعدة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (بحسب إعلان الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ أو إعلان الحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية أو الحكومة المحلية). ينطبق عليّ أحد العبارات الأخرى الواردة في هذه الصفحة، لكنني لم أتمكن من تقديم طلبي بسبب الكارثة.

لقد فاتتني فترة التسجيل لـ:

☐ أنا بصدد التسجيل في خطة Medicare فئة 5 نجوم.

☐ **أنا مُسجل في خطة حصلت على تصنيف نجوم أقل من 3 نجوم خلال السنوات الـ 3 الماضية. أريد الانضمام إلى خطة ذات تصنيف 3 نجوم أو أعلى.**

☐ أنا مُسجل في خطة استحوذت عليها الولاية مؤخرًا بسبب مشكلات مالية (الحراسة القضائية). أريد التبديل إلى خطة أخرى.

☐ طلبت المواد في تنسيق يلبي احتياجاتي الخاصة ولم أستلمها في الوقت المناسب. أريد التسجيل الآن بعد أن أصبح لدي الوقت لاتخاذ قرارات التسجيل. كان تنسيق الاحتياجات الخاصة الذي طلبته سابقًا:

*ملاحظة: تشمل التنسيقات التي تلبي الاحتياجات الخاصة، على سبيل المثال لا الحصر، طريقة برايل وقرص البيانات المضغوط والطباعة الكبيرة

☐ أدفع قسطًا للجزء A وقمت بالتسجيل في الجزء B خلال فترة التسجيل العامة (من 1 يناير حتى 31 مارس كل عام). أريد الانضمام إلى خطة أدوية Medicare (الجزء D) أو خطة Medicare Advantage توفر تغطية للأدوية.

☐ قمت بالتسجيل في الجزء A (تأمين المستشفى) أو الجزء B (التأمين الطبي) خلال فترة تسجيل خاصة مؤهل لها بسبب ظروف استثنائية.

☐ أنا مسجل في خطة WellCare/Centene Medicaid وأرغب في التسجيل في خطة WellCare/Centene المتكاملة التامة D-SNP (FIDE SNP)، أو خطة D-SNP المتكاملة الفائقة (HIDE D-SNP) أو خطة متكاملة معمول بها (AIP).

☐ لدي تغطية أدوية Medicare (الجزء D) عبر خطة Medicare Advantage. أريد الانضمام إلى خطة صحية مختلفة من Medicare لا تقدم تغطية للأدوية، حتى يمكنني التبديل إلى تغطية أدوية موثوقة غير تابعة لبرنامج Medicare.

*ملاحظة: MA فقط

إذا لم يكن أي من هذه العبارات ينطبق عليك أو لم تكن متأكدًا، فيُرجى الاتصال على Wellcare على الرقم 1-844-480-0680 (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل.
نحن نعمل من الأحد إلى السبت، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً (جميع المناطق الزمنية).

وفق قانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا. رقم التحكم OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 0938-1378. يُقدر متوسط الوقت المطلوب 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 ملاحظات تتعلق بدقة تقديرات الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذ، فيُرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

يجب عليك الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B. ومع ذلك، بالنسبة للمستفيدين بصفة مزدوجة وكاملة، ستغطي الولاية قسط الجزء B طالما أنك تحتفظ بأهلية برنامج Medicaid.

©Wellcare 2025