



وضعیت درخواست خود را در زیر بررسی کنید:
wellcare.com/applicationtracker



چه کسانی می توانند از این فرم استفاده کنند؟

افراد تحت پوشش Medicare که می خواهند به یک طرح Medicare Advantage بپیوندند

برای پیوستن به طرح، شما باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید
- در منطقه خدمات طرح زندگی کنید
- **مهم:** برای پیوستن به یک طرح Medicare Advantage، شما همچنین باید دارای دو مورد زیر باشید:
- Medicare Part A (بیمه بیمارستان)
- Medicare Part B (بیمه پزشکی)

چه زمانی باید از این فرم استفاده کنم؟

- شما می توانید در تاریخ های زیر در یک طرح عضو شوید:
- بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای تحت پوشش قرار گرفتن از 1 ژانویه)
- ظرف 3 ماه پس از اولین دریافت Medicare
- در شرایط خاصی که اجازه دارید در طرح ها عضو شوید یا آنها را تغییر دهید
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد زمان ثبت نام در یک طرح به [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) مراجعه کنید.

برای تکمیل این فرم به چه چیزی نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره روی کارت Medicare قرمز، سفید و آبی شما)
- آدرس دائمی و شماره تلفن شما

توجه: شما باید تمام موارد بخش 1 را تکمیل کنید. موارد بخش 2 اختیاری هستند - حتی اگر آنها را تکمیل نکنید، پوشش شما متوقف نخواهد شد.

افراد بدون مسکن

- اگر می خواهید به طرحی بپیوندید اما فاقد محل سکونت دائمی هستید، آدرس یک صندوق پستی، یک سکونتگاه عمومی یا کلینیک، یا آدرسی که در آن ایمیل دریافت می کنید (مانند چک های تأمین اجتماعی) می تواند به عنوان آدرس سکونت دائمی شما در نظر گرفته شود.

مهم

این فرم یا هرگونه مدارک حاوی اطلاعات شخصی شما (مانند مطالبات، پرداختی ها، سوابق پزشکی و غیره) را به دفتر پاکسازی گزارشات (PRA Reports Clearance) ارسال نکنید. هرگونه مدارکی که دریافت کنیم و مربوط به چگونگی بهبود این فرم یا موضوع جمع آوری آن نباشد (در OMB 0938-1378 توضیح داده شده است)، منهدم خواهد شد. حفظ نخواهد شد، بررسی نخواهد شد یا به طرح ارسال نخواهد شد. به "پس از آن چه اتفاقی می افتد؟" در این صفحه مراجعه کنید تا بتوانید فرم تکمیل شده خود را به ارسال کنید.



H3561_WCM_4454401_FAR_0_C

©Wellcare 2025

طرحی که می‌خواهید به آن بپیوندید را انتخاب کنید:

¹ **Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)** شامل پوشش داروهای نسخه‌ای است

\$0 در ماه

San ،Sacramento ،Mono ،Los Angeles ،Inyo ،Calaveras ،Amador **H3561-008-000** □
Tuolumne ،Tulare ،Stanislaus ،Joaquin



¹ شما برای ثبت‌نام در این طرح، باید دارای معیارهای ثبت‌نام خاصی باشید.

بخش 1 - تمام فیلدهای این صفحه الزامیست (مگر اینکه به عنوان اختیاری علامت گذاری شده باشند)

نام			
نام خانوادگی			
حرف اول نام میانی			
تاریخ تولد			
جنسیت			
شماره تلفن			
نوع تلفن			
منزل			
تلفن همراه			
اختیاری: شماره تلفن ثانویه:			
نوع تلفن			
منزل			
تلفن همراه			
اختیاری: آدرس ایمیل:			

اختیاری: آیا در استفاده از اینترنت، ایمیل یا ارسال پیامک به تنهایی راحت هستید؟
☐ بله ☐ خیر

اختیاری: روش ترجیحی تماس: ☐ تماس تلفنی ☐ پیامک ☐ ایمیل
*لطفاً توجه داشته باشید که ارتباطات ممکن است با روشی به جز "روش ترجیحی تماس" انتخاب شده ارسال شوند.

ما می‌خواهیم مطمئن شویم که شما از عضویت خود لذت می‌برید و به خوبی با طرح خود آشنا هستید. لطفاً شماره(های) تلفن و ایمیل خود را ارائه دهید تا بتوانیم در مورد وضعیت درخواستتان به شما اطلاع دهیم. به عنوان یک عضو، ما اطلاعات سودمندی شامل موارد زیر در اختیار شما قرار می‌دهیم: انتظارات شما از طرح، راهکارهای حفظ سلامت، نحوه استفاده از مزایای اضافی، چگونگی یافتن پزشک، دسترسی به پورتال اعضا و سایر مطالب ضروری. در صورت عدم تمایل می‌توانید از دریافت برخی پیامک‌ها و ایمیل‌ها انصراف دهید.

ما می‌خواهیم شما به طرح Wellcare خود علاقمند باشید. اگر با تغییر نیازهای شما، طرح‌های دیگری داشته باشیم که ممکن است برای شما بهتر باشد، به شما اطلاع خواهیم داد. ما فقط در مورد طرح‌های خودمان صحبت خواهیم کرد.

آدرس صندوق پستی وارد نکنید. توجه: برای افراد فاقد مسکن، یک آدرس صندوق پستی ممکن است به عنوان آدرس سکونتگاه دائمی شما در نظر گرفته شود). ☐ فاقد مسکن
محل سکونت دائمی آدرس خیابان

شهر	اختیاری: شهرستان	ایالت	کد پستی

آدرس پستی، اگر با آدرس محل سکونت دائمی شما متفاوت باشد (صندوق پستی مجاز است)
آدرس خیابان

شهر	ایالت	کد پستی



اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare

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

دارای حق استفاده از: تاریخ اجرا

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

بیمارستان (بخش A)

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

پزشکی (بخش B)

Y	Y	Y	Y	D	D	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---

به سؤالات مهم زیر پاسخ دهید:

1. آیا شما علاوه بر Wellcare، تحت پوشش داروی نسخه‌ای دیگری (مانند VA، TRICARE) قرار دارید؟

☐ بله ☐ خیر

نام سایر پوشش‌ها

--

شماره گروه برای این پوشش‌ها

--

شماره عضو برای این پوشش‌ها

--

2. لطفاً شماره برنامه Medicaid ایالت خود را ارائه دهید:

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

لطفاً شماره Medicaid را برای طرح‌های D-SNP ارائه دهید. عدم وجود شماره‌های Medicaid ممکن است منجر به تأخیر در پردازش درخواست و احتمالاً رد آن درخواست شود.

مهم: قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید:

- برای اینکه همچنان عضو Wellcare باشم، لازم است هر دو بیمه بیمارستان (بخش A) و پزشکی (بخش B) را داشته باشم.
- من با پیوستن به این طرح Medicare Advantage، تأیید می‌کنم که Wellcare اطلاعات من را با Medicare به اشتراک خواهد گذاشت که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام من، انجام پرداخت‌ها و اهداف دیگر مجاز توسط قانون فدرال که به جمع‌آوری این اطلاعات اجازه می‌دهد، استفاده کند (به بیانیه قانون حریم خصوصی در زیر مراجعه کنید). پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخ به آن می‌تواند بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.
- من درک می‌کنم که در یک زمان، تنها می‌توانم در یک طرح MA یا بخش D ثبت‌نام کنم - و ثبت‌نام در این طرح به طور خودکار موجب اتمام ثبت‌نام من در طرح دیگر MA یا بخش D می‌شود (برای طرح‌های MA PFFS و MA MSA استثنا وجود دارد).
- من درک می‌کنم که پس از شروع پوشش Wellcare، باید تمام مزایای پزشکی و دارویی نسخه‌ای خود را از Wellcare دریافت نمایم. مزایا و خدمات ارائه‌شده توسط Wellcare و موجود در سند "مدرک پوشش" Wellcare من (که به عنوان کتابچه راهنمای عضو، قرارداد عضو یا توافقنامه مشترکین نیز شناخته می‌شود)، تحت پوشش قرار خواهد گرفت. Medicare و Wellcare هیچکدام برای مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند، پرداخت نخواهند کرد.



• اطلاعات این فرم ثبت نام تا جایی که اطلاع دارم، صحیح است. من درک می کنم که اگر عمداً در این فرم اطلاعات نادرستی ارائه دهم، از طرح خارج خواهم شد.

• من درک می کنم که امضای من (یا امضای شخصی که به طور قانونی نماینده من است) در این درخواست به این معنی است که محتوای این درخواست را خوانده و درک کرده ام. اگر توسط یک نماینده مجاز، امضا شده باشد (همانگونه که در بالا شرح داده شد) این امضا تأیید می کند که:

1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت نام است، و

2) در صورت درخواست Medicare، اسناد این مجاز بودن در دسترس است.

من با امضای این سند تأیید می کنم که تا جایی که اطلاع دارم، تمام اطلاعات ارائه شده، صحیح، کامل و دقیق است. من درک می کنم که اگر مشخص شود این اطلاعات نادرست است، ممکن است از طرح خارج شوم.

تاریخ امروز

Y	Y	Y	Y	D	D	M	M

امضا

اگر شما نماینده مجاز هستید، قسمت فوق را امضا کنید و فیلدهای زیر را تکمیل نمایید:

اسم

--

آدرس

--

نسبت با ثبت نام کننده

شماره تلفن

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



بخش 2 - تمام فیلدهای این بخش اختیاری هستند.

پاسخ به این سؤالات بر اساس انتخاب شماست. حتی اگر آنها را تکمیل نکنید، پوشش شما متوقف نخواهد شد.

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یکی را انتخاب کنید.

☐ اسپانیایی ☐ چینی ☐ کره‌ای ☐ همونگ ☐ تاگالوگ ☐ ویتنامی

☐ عربی ☐ روسی ☐ کامبوجی ☐ ارمنی ☐ فارسی

اگر می‌خواهید اطلاعات را در یک فرمت قابل دسترس برای شما ارسال کنیم، یکی را انتخاب کنید.

☐ Braille ☐ چاپ درشت ☐ سی‌دی صوتی ☐ سی‌دی داده‌ای

لطفاً از طریق شماره 1-844-480-0680 با Wellcare تماس بگیرید (کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند)، اگر به اطلاعاتی در فرمت قابل دسترسی غیر از آنچه در بالا ذکر شد، نیاز دارید. ساعات کاری ما همه روزه از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر (تمام مناطق زمانی) است.

1. آیا شما کار می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر

2. آیا همسر شما کار می‌کند؟ ☐ بله ☐ خیر

3. آیا در یک مرکز مراقبت بلندمدت مانند خانه سالمندان سکونت دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

لطفاً در صورت جواب "بله"، اطلاعات زیر را ارائه دهید:

نام مرکز:

آدرس مرکز (شماره و خیابان)

شماره تلفن

کد پستی

ایالت

شهر

پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) درون شبکه‌ای کلینیک یا مرکز سلامت خود را فهرست کنید:

شما می‌توانید یک ارائه‌دهنده را در findaprovider.healthnetcalifornia.com پیدا کنید.

اطلاعات ارائه‌دهنده برای طرح‌های HMO:

PPG ID:

نام PPG:

آیا PCP/PPG انتخاب‌شده برای طرح انتخابی مورد قبول است؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا در حال حاضر تحت پوشش این ارائه‌دهنده هستید؟ ☐ بله ☐ خیر



شما می‌توانید حق بیمه ماهیانه طرح خود را (شامل هرگونه جریمه ثبت‌نام دیر هنگامی که در حال حاضر دارید یا ممکن است بدهکار باشید) هر ماه از طریق ایمیل، انتقال الکترونیک وجوه (EFT) یا کارت اعتباری پرداخت کنید. **شما همچنین می‌توانید حق بیمه خود را هر ماه با کسر خودکار از مزایای تأمین اجتماعی یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) پرداخت کنید.**

در صورت الزام به پرداخت مبلغ اضافی ماهیانه مربوط به درآمد بخش D (بخش D-IRMAA)، این مبلغ اضافی باید علاوه بر حق بیمه طرح شما پرداخت شود. این مبلغ معمولاً از مزایای تأمین اجتماعی شما کسر می‌شود یا ممکن است از Medicare (یا RRB) صورتحساب دریافت کنید. بخش D-IRMAA را به Wellcare پرداخت نکنید. در صورت عدم انتخاب گزینه پرداخت، هر ماه یک صورتحساب دریافت خواهید کرد.

لطفاً یک گزینه پرداخت برای حق بیمه انتخاب کنید:

☐ دریافت صورتحساب

☐ کسر خودکار از چک مزایای ماهیانه تأمین اجتماعی یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) شما من مزایای ماهیانه دریافت می‌کنم از: ☐ تأمین اجتماعی ☐ RRB

(پس از تأیید کسر توسط تأمین اجتماعی یا RRB، ممکن است دو ماه یا بیشتر طول بکشد تا کسر تأمین اجتماعی/RRB آغاز شود. در اکثر موارد، اگر تأمین اجتماعی یا RRB درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی یا RRB شما شامل تمام حق بیمه‌های معوقه از تاریخ اجرای ثبت‌نام شما تا نقطه شروع کسر خواهد بود. در صورت عدم تأیید تأمین اجتماعی یا RRB برای درخواست کسر خودکار، ما حق بیمه‌های ماهیانه شما را توسط یک صورتحساب کاغذی به شما ارسال خواهیم کرد.)

برای افرادی که فقط به ثبت‌نام کننده در تکمیل این فرم کمک می‌کنند

اگر شما فردی هستید که به ثبت‌نام کننده در تکمیل این فرم کمک می‌کنید (مانند عوامل، کارگزاران، مشاوران SHIP، اعضای خانواده یا دیگر اشخاص ثالث)، بخش زیر را تکمیل نمایید.

اسم: _____ نسبت با ثبت‌نام کننده: _____

امضا: _____ شماره تولیدکننده ملی (فقط عوامل/کارگزاران): _____

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS)، به منظور پیگیری ثبت‌نام ذینفعان در طرح‌های Medicare Advantage (MA)، ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و پرداخت مزایای Medicare، اطلاعات را از طرح‌های Medicare جمع‌آوری می‌کنند. بخش‌های 1851 و 1860D-1 قانون تأمین اجتماعی و 42 CFR §§ 422.50 و 422.60، مجوز جمع‌آوری این اطلاعات را صادر می‌کنند. CMS می‌تواند از داده‌های ثبت‌نام ذینفعان Medicare مطابق با مفاد "اعلامیه سیستم سوابق (SORN)" تحت عنوان "پوشش داروی نسخه‌ای Medicare Advantage (MARx)"، شماره سیستم 09-70-0588 استفاده کند، آنها را افشا نماید و تبادل کند. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخ به آن می‌تواند بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.



فقط برای استفاده اداری:

من با امضا و ارسال این سند تأیید می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده در آن، تا جایی که می‌دانم و باور دارم، صحیح، کامل و دقیق است. من درک می‌کنم که هرگونه ارائه نادرست یا حذف عمدی اطلاعات، می‌تواند موجب اقدامات انضباطی حتی تا فسخ عضویت و توافقی‌نامه تولیدکننده من شود.

نام عضو کارمند/عامل/کارگزار (در صورت کمک در پروسه ثبت‌نام):

تاریخ اجرای پوشش:

Y	Y	Y	Y	D	D	M	M

شماره ID طرح:

نماینده فروش/عامل مجاز Wellcare

(نماینده فروش فردی/عاملی که درخواست را تکمیل کرده است)

نوع عامل (یکی را انتخاب کنید): ☐ عامل مجاز ☐ کارمند Wellcare

قسمت زیر را تکمیل کنید:

شماره NPN نماینده فروش/عامل

نام نماینده فروش/عامل

وابستگی به عامل/FMO (در صورت وجود):

این اطلاعات باید با سوابق تأییدشده مجوز Wellcare شما مطابقت داشته باشد.

شماره تلفن عامل:

 - -

شماره تلفن عامل/FMO (در صورت وجود)

ایمیل

 - -

تاریخ دریافت درخواست نماینده فروش/عامل مجاز:

(درخواست‌ها باید ظرف 1 روز تقویمی پس از این تاریخ، توسط Wellcare دریافت شوند.)

محل دریافت درخواست: ☐ قرار ملاقات ☐ رویداد فروش ☐ مراجعه حضوری

☐ سایر (مشخص کنید):

ارسال درخواست‌های کارگزار: نماینده فروش/عامل باید

"حوزه قرار ملاقات" و "فرم‌های ثبت‌نام" را به شماره 1-844-222-3180 فکس کند.



تأیید صلاحیت برای یک دوره ثبت نام

معمولاً شما فقط می‌توانید در طول دوره ثبت نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال، در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید. استثناهایی وجود دارند که تحت شرایط خاص می‌توانند امکان ثبت نام طرح Medicare Advantage را در خارج از این بازی زمانی فراهم کنند. اگر این اولین بار است که از مزایای Medicare استفاده می‌کنید و بیش از 90 روز از 65 سالگی شما گذشته است، استثنای دوره ثبت نام ویژه (SEP) "من تازه عضو Medicare شده‌ام"، در مورد شما اعمال نمی‌شود، بنابراین لطفاً SEP مناسب را در زیر انتخاب کنید.

لطفاً اظهارات زیر را به دقت بخوانید و اگر در مورد شما صدق می‌کند، آن را علامت بزنید. شما با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر تأیید می‌کنید که تا جاییکه اطلاع دارید، واجد شرایط یک دوره ثبت نام هستید. اگر بعداً مشخص شود که این اطلاعات نادرست است، ممکن است از طرح خارج شوید.

لطفاً قبل از انتخاب، همه اظهارات زیر را بخوانید.

☐ من تازه عضو Medicare شده‌ام.

*لطفاً فقط در صورتی انتخاب کنید که 1. تازه واجد شرایط شده باشید؛ 2. در دوره 90 روزه پس از 65 سالگی خود باشید یا اخیراً در 90 روز گذشته، 65 ساله شده باشید؛ 3. دریافت کننده جدید مزایا باشید؛ 4. تازه واجد شرایط شده باشید اما قبلاً فقط از طریق معلولیت، تحت پوشش Medicare بوده باشید. *اگر پوشش کارفرمای شما اخیراً به پایان رسیده باشد و این اولین بار باشد که از Medicare استفاده می‌کنید، لطفاً SEP "من پوشش بیمه کارفرما یا اتحادیه خود را ترک کرده‌ام" را در زیر انتخاب کنید.

☐ دوره ثبت نام سالانه (AEP) از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال.

☐ من دارای بخش A/D هستم و اخیراً برای بخش B ثبت نام کرده‌ام. من می‌خواهم در طرح‌های MA ثبت نام نمایم.

Y	Y	M

☐ من تازه عضو Medicare شده‌ام و

پس از شروع پوشش بخش A و/یا بخش B، در مورد تحت پوشش قرار گرفتن

Medicare اطلاع یافته‌ام. من در تاریخ زیر مطلع شده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

☐ من قبلاً تحت پوشش Medicare بوده‌ام اما الان دارم 65 ساله می‌شوم.

☐ من در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کرده‌ام و می‌خواهم در طول دوره ثبت نام باز Medicare Advantage (MA OEP) تغییری ایجاد کنم.

Y	Y	M

☐ من به آدرس جدیدی که خارج از منطقه خدمات طرح فعلی من است نقل مکان

کرده‌ام یا اخیراً نقل مکان کرده‌ام و این طرح، گزینه جدیدی برای من است. من در

تاریخ زیر نقل مکان کرده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	M

☐ من پس از زندگی در خارج از کشور، در تاریخ زیر به U.S. بازگشتم

(تاریخ را وارد کنید).

Y	Y	M

☐ من از حبس آزاد شدم. من در تاریخ زیر از حبس آزاد شدم (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	M

☐ من اخیراً دارای وضعیت اقامت قانونی در U.S. شده‌ام. من این وضعیت را در تاریخ

زیر به دست آورده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

☐ من در یک مرکز مراقبت بلندمدت، مانند یک خانه سالمندان یا بیمارستان توانبخشی زندگی می‌کنم.

*توجه: اطلاعات مرکز مراقبت بلندمدت باید در فرم تکمیل شود.

Y	Y	M

☐ من اخیراً از یک مرکز مراقبت بلندمدت، مانند یک خانه سالمندان یا بیمارستان

توانبخشی نقل مکان کرده‌ام. *توجه: اطلاعات مرکز مراقبت بلندمدت باید در فرم

تکمیل شود. من در تاریخ زیر از این مرکز نقل مکان کرده‌ام (تاریخ را وارد کنید)



Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من پوشش بیمه کارفرما یا اتحادیه خود (از جمله پوشش COBRA) را در تاریخ زیر لغو کرده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من سایر پوشش‌های دارویی غیر Medicare خود که معادل پوشش دارویی Medicare است (پوشش بیمه معتبر) را از دست داده‌ام یا سایر پوشش‌های غیر Medicare من تغییر کرده است و دیگر معتبر محسوب نمی‌شود. من در تاریخ زیر پوشش بیمه خود را از دست داده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

□ طرح فعلی من برای سال قرارداد آینده تمدید نمی‌شود.

*توجه: این SEP این SEP فقط از 12/8 تا آخرین روز فوریه اعتبار دارد.

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من پوشش خود را از دست داده‌ام زیرا Medicare قرارداد خود با طرح من را فسخ کرده است. من نامه‌ای از Medicare دریافت کرده‌ام که طبق آن می‌توانم به طرح دیگری بپیوندم. پوشش من در تاریخ زیر به پایان رسید (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من پوشش خود در طرح PACE (برنامه‌های مراقبت جامع برای سالمندان) را لغو کرده‌ام. من در تاریخ زیر این طرح را لغو کرده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من طرح نیازهای ویژه خود (Special Needs Plan) را از دست داده‌ام زیرا دیگر وضعیت نیازهای ویژه مورد نیاز برای آن طرح را ندارم. من در تاریخ زیر از SNP خارج خواهم شد/شده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من می‌خواهم تحت پوشش طرح نیازهای ویژه‌ای که مزایای آن با بیماری مزمن من تطبیق داشته باشد، قرار بگیرم.

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من واحد شرایط پوشش طرح CSNP خود نشده‌ام و می‌خواهم در طرح دیگری ثبت‌نام کنم. من در تاریخ زیر مطلع شدم (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من اخیراً در تاریخ زیر تغییری در Medicaid خود داشته‌ام (Medicaid جدید دریافت کرده‌ام، سطح Medicaid من تغییر کرده است یا پوشش Medicaid خود را از دست داده‌ام) (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من اخیراً در تاریخ زیر تغییری در کمک هزینه اضافی (Extra Help) خود برای پرداخت هزینه‌های داروهایم داشته‌ام (کمک اضافی جدید دریافت کرده‌ام، سطح کمک اضافی من تغییر کرده است، یا پوشش کمک اضافی را از دست داده‌ام) (تاریخ را وارد کنید)

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من توسط Medicare (یا ایالت خود) در یک طرح ثبت‌نام شده‌ام و می‌خواهم طرح دیگری انتخاب کنم. ثبت‌نام من در آن طرح از تاریخ زیر شروع شده است (تاریخ را وارد کنید)

□ من عضو یک برنامه پشتیبانی دارویی ایالتی (SPAP) هستم. ایالت‌های زیر دارای SPAP واحد شرایط هستند:

،New Jersey ،Missouri ،Massachusetts ،Maryland ،Maine ،Indiana ،Delaware

،Wisconsin ،Vermont ،Texas ،Rhode Island ،Pennsylvania ،New York ،New Mexico

Y	Y	Y
Y	Y	Y
D	D	M
M		

□ من در حال از دست دادن کمک از یک برنامه کمک دارویی ایالتی هستم. در تاریخ زیر این پشتیبانی را از دست داده‌ام (تاریخ را وارد کنید)

□ من یا شخصی که برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی به او نیاز دارم، تحت تأثیر یک وضعیت اضطراری یا یک بلای طبیعی قرار گرفتیم (همانطور که توسط آژانس مدیریت اضطراری فدرال، یا توسط فدرال، ایالت من، یا دولت محلی من اعلام شده است). یکی از اظهارات دیگر در این صفحه در مورد من صدق می‌کرد، اما به

دلیل بلای طبیعی نتوانستم درخواست خود را ارائه دهم. من دوره ثبت‌نام را به علت از موارد زیر از دست دادم:

□ من در یک طرح 5 ستاره Medicare ثبت‌نام می‌کنم.

□ من تحت پوشش طرحی هستم که در 3 سال گذشته، رتبه‌بندی آن کمتر از 3 ستاره بوده است. من

می‌خواهم به طرحی با رتبه‌بندی 3 ستاره یا بالاتر بپیوندم.

□ من تحت پوشش طرحی هستم که اخیراً به دلیل مسائل مالی (دریافت) تحت کنترل دولت قرار گرفته است. من

می‌خواهم به طرح دیگری تغییر وضعیت دهم.



□ من مطالبی را در قالب یک فرمت قابل دسترس درخواست نمودم و آنها را به موقع دریافت نکردم. من می‌خواهم اکنون که زمان کافی برای تصمیم‌گیری داشته‌ام در این طرح ثبت‌نام کنم. فرمت قابل دسترسی که قبلاً درخواست کردم یکی از موارد زیر بود:

*توجه: فرمت‌های قابل دسترس شامل خط Braille سی‌دی داده‌ای و چاپ درشت است اما محدود به این موارد نیست

- من بخش A را با پرداخت حق بیمه دریافت می‌کنم و در طول دوره ثبت‌نام عمومی (از 1 ژانویه تا 31 مارس هر سال) برای بخش B ثبت‌نام کرده‌ام. من می‌خواهم تحت پوشش طرح دارویی Medicare (بخش D) یا طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی قرار بگیرم.
- من برای بخش A (بیمه بیمارستان) یا بخش B (بیمه پزشکی) در طول یک دوره ثبت‌نام ویژه که به دلیل شرایط استثنایی واجد شرایط آن بودم، ثبت‌نام کرده‌ام.
- من در یک طرح WellCare/Centene Medicaid ثبت‌نام کرده‌ام و مایل هستم به یک طرح کاملاً یکپارچه D-SNP (FIDE SNP)، یک طرح بسیار یکپارچه D-SNP (HIDE D-SNP) یا یک طرح یکپارچه (AIP) از همین ارائه‌دهنده منتقل شوم.
- من از طریق طرح Medicare Advantage تحت پوشش دارویی Medicare (بخش D) هستم. من مایل هستم تحت پوشش یک طرح سلامت متفاوت Medicare که فاقد پوشش دارویی است قرار بگیرم، تا بتوانم به پوشش دارویی معتبر غیر Medicare تغییر طرح دهم. *توجه: فقط MA

اگر هیچ‌یک از این اظهارات در مورد شما صدق نمی‌کند یا مطمئن نیستید، لطفاً از طریق شماره 1-844-480-0680 با Wellcare تماس بگیرید (کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند) تا بدانید که آیا واجد شرایط ثبت‌نام هستید یا خیر.

ما همه روزه از ساعت 8 صبح تا 8 بعد از ظهر (تمام مناطق زمانی) در دسترس هستیم.

طبق قانون کاهش کاغذبازی (Paperwork Reduction Act) مصوب سال 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخ‌گویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه این جمع‌آوری دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این جمع‌آوری اطلاعات، 0938-1378 می‌باشد. زمان مورد نیاز برای تکمیل این اطلاعات، به‌طور متوسط حدود 20 دقیقه برای هر پاسخ برآورد شده است که شامل زمان لازم برای مرور دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده موجود، جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز و بررسی و تکمیل فرم اطلاعات می‌باشد. لطفاً در صورت داشتن هرگونه نظر در مورد دقت برآورد(های) زمانی یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم، با نشانی زیر مکاتبه فرمایید:

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 Part B خود ادامه دهید. با این حال، برای ذینفعان دوگانه کامل، تا زمانی که واجد شرایط پوشش Medicaid باشید، ایالت حق بیمه بخش B شما را پوشش خواهد داد.

