

فرم درخواست ثبت نام فردی
2027 برای ثبت نام در طرح
Medicare Advantage
(بخش C)

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029



آیا به این فکر کرده‌اید که به جای آن در
go.wellcare.com/HealthNetCA ثبت نام کنید؟ این
یک روش سریع، امن و آسان برای ثبت نام است.

**این روشی سریع، امن و آسان برای ثبت
درخواست است**

- یادآوری‌ها: اگر می‌خواهید در دوره ثبت نام آزاد پاییز
(15 اکتبر تا 7 دسامبر) در یک طرح ثبت نام کنید، طرح باید
فرم تکمیل شده شما را حداکثر تا 7 دسامبر دریافت کند.
- طرح شما صورتحساب حق بیمه طرح را برایتان ارسال
خواهد کرد. می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما به‌طور
خودکار از حساب بانکی یا مزایای ماهانه تأمین اجتماعی (یا
هیئت بازنشستگی راه‌آهن) شما کسر شود.

بعد از آن چه اتفاقی می‌افتد؟

فرم تکمیل شده و امضاشده خود را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

پس از پردازش درخواست ثبت نام شما، با شما تماس
خواهند گرفت.

چگونه می‌توانم برای تکمیل این فرم کمک بگیرم؟

با Wellcare By Health Net به شماره
1-844-480-0680 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند
با شماره 711 تماس بگیرند. یا با Medicare به
شماره (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227،
24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048
تماس بگیرند.

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

چه کسانی می‌توانند از این فرم استفاده کنند؟

افرادی که Medicare دارند و می‌خواهند در یک طرح
Medicare Advantage ثبت نام کنند

برای پیوستن به یک طرح، باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به‌طور قانونی در ایالات
متحده حضور داشته باشید
- در منطقه تحت پوشش طرح زندگی کنید
- مهم:** برای ثبت نام در یک طرح Medicare Advantage،
همچنین باید هر دو مورد زیر را داشته باشید:
- Medicare Part A (بیمه بیمارستانی)
- Medicare Part B (بیمه پزشکی)

چه زمانی از این فرم استفاده کنم؟

می‌توانید به یک طرح بپیوندید:

- از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوششی که از 1
ژانویه آغاز می‌شود)
- ظرف 3 ماه پس از دریافت Medicare برای اولین بار
- در برخی شرایط که اجازه ثبت نام یا تغییر طرح را دارید
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 اطلاعاتی نیاز دارم؟

- شماره Medicare شما (شماره درج شده روی کارت
قرمز، سفید و آبی Medicare شما)
- آدرس محل سکونت دائمی و شماره تلفن شما
- توجه:** باید همه موارد بخش 1 را تکمیل کنید. موارد
بخش 2 اختیاری هستند؛ به دلیل تکمیل نکردن آن‌ها،
نمی‌توان پوشش شما را رد کرد.

افرادی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند

- اگر می‌خواهید به یک طرح بپیوندید اما محل سکونت
دائمی ندارید، صندوق پستی، آدرس یک پناهگاه یا
کلینیک، یا آدرسی که در آن نامه‌های خود را دریافت
می‌کنید (مانند چک‌های تأمین اجتماعی) می‌تواند به
عنوان آدرس سکونت دائمی شما در نظر گرفته شود.



مهم

این فرم یا هر مورد حاوی اطلاعات شخصی شما (مانند مطالبات، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) را به دفتر رسیدگی به گزارش‌های PRA ارسال نکنید. هر موردی که دریافت کنیم و مربوط به نحوه بهبود این فرم یا بار جمع‌آوری اطلاعات آن (مطابق OMB 0938-1378) نباشد، امحا خواهد شد. این موارد نگهداری، بررسی یا برای طرح ارسال نخواهند شد. برای ارسال فرم تکمیل شده خود به طرح، به بخش «بعد از آن چه اتفاقی می‌افتد؟» در ابتدای این صفحه مراجعه کنید

مطابق با قانون کاهش تشریفات اداری مصوب سال 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخ‌گویی به درخواست جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از دفتر مدیریت و بودجه (OMB) باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این جمع‌آوری اطلاعات 0938-1378 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ برآورد می‌شود؛ این زمان شامل بررسی دستورالعمل‌ها، جست‌وجوی منابع داده موجود، جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات است. اگر درباره دقت برآورد زمان یا پیشنهادهایی برای بهبود این فرم نظری دارید، لطفاً به آدرس زیر بنویسید:

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

بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) اطلاعات را از طرح‌های Medicare جمع‌آوری می‌کنند تا ثبت نام ذینفعان در طرح‌های Medicare Advantage (MA) را پیگیری کنند، مراقبت‌ها را بهبود بخشند و هزینه مزایای Medicare را پرداخت کنند. بخش‌های 1851 و 1860D-1 قانون تأمین اجتماعی و 42 CFR §§ 422.50 و 422.60 جمع‌آوری این اطلاعات را مجاز می‌کنند. سازمان CMS ممکن است داده‌های ثبت نام ذینفعان Medicare را طبق آنچه در اطلاعیه سیستم سوابق (SORN) تحت عنوان "Medicare Advantage داروی تجویزی (MARx)"، شماره سیستم 09-70-0588 مشخص شده است، استفاده، افشا و تبادل کند. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه می‌باشد. با این حال، عدم پاسخ به آن می‌تواند بر ثبت نام در طرح تأثیر بگذارد.

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

طرحی را که می‌خواهید در آن ثبت‌نام کنید انتخاب کنید:

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ - شامل پوشش داروی تجویزی

Los Angeles H3561-010-001 ☐

\$0 دلار در ماه

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ - شامل پوشش داروی تجویزی،

H3561-010-002 ☐ آمادور، کالاوراس، اینیو، مونو، ساکرامنتو، سان ژواکین، استانیسلاس، تولار، توئولومنه \$0 دلار در ماه



¹ برای ثبت‌نام در این طرح باید واجد معیارهای خاص ثبت‌نام باشید.

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

نام:	حرف اول نام میانی،	نام خانوادگی:
تاریخ تولد: ____/____/____	جنسیت ☐ مرد ☐ زن	شماره تلفن (____) ____-____
____/____/____ MM/DD/YYYY	اختیاری:	نوع تلفن ☐ منزل ☐ همراه
		شماره تلفن دوم نوع تلفن (____) ____-____
		نوع تلفن ☐ منزل ☐ همراه

اختیاری: آدرس-ایمیل:

اختیاری: آیا از استفاده از اینترنت، ایمیل یا پیامک به تنهایی احساس راحتی می کنید؟

☐ بله ☐ خیر

اختیاری: روش ترجیحی تماس: ☐ تماس تلفنی ☐ پیامک ☐ ایمیل

* لطفاً توجه داشته باشید که ارتباطات ممکن است خارج از 'روش ترجیحی ارتباط' انتخاب شده ارسال شوند.

ما می خواهیم از عضویت خود در طرح لذت ببرید و طرح خود را به خوبی بشناسید. لطفاً شماره تلفن(ها) و آدرس ایمیل خود را ارائه دهید تا بتوانیم شما را از وضعیت درخواستتان مطلع کنیم. به عنوان عضو، اطلاعات مفیدی مانند آنچه باید انتظار داشته باشید، راه های حفظ سلامتی، استفاده از مزایای اضافی، یافتن پزشک، پورتال اعضا و سایر اطلاعات مهم را با شما در میان خواهیم گذاشت. اگر علاقه مند نیستید، می توانید دریافت برخی پیامک ها و ایمیل ها را لغو کنید. ما می خواهیم از طرح Wellcare خود رضایت داشته باشید. اگر با تغییر نیازهای شما، طرح های دیگری داشته باشیم که ممکن است برایتان مناسب تر باشند، به شما اطلاع خواهیم داد. ما فقط درباره طرح های خودمان با شما صحبت خواهیم کرد.

(صندوق پستی وارد نکنید. توجه: برای افراد بی خانمان، صندوق پستی می تواند به عنوان آدرس سکونت دائمی شما در نظر گرفته شود). ☐ بی خانمان

آدرس خیابان محل سکونت دائمی

شهر	اختیاری: شهرستان	ایالت	کد پستی

آدرس پستی، اگر تمایل دارید نامه های شما به آدرس دیگری یا برای نماینده مجاز ارسال شود، لطفاً آن اطلاعات را در اینجا ارائه دهید. (صندوق پستی مجاز است)

آدرس خیابان

[شهر،	ایالت،	کد پستی]



واجد شرایط برای: تاریخ شروع (ماه/روز/سال):

بیمارستان (بخش A) ____ / ____ / ____

پزشکی (بخش B) ____ / ____ / ____

به این سؤالات مهم پاسخ دهید:

آیا علاوه بر Wellcare پوشش دیگری برای داروهای تجویزی (مانند VA یا TRICARE) خواهید داشت؟

☐ بله ☐ خیر

نام پوشش دیگر

شماره گروه برای این پوشش

شماره عضویت برای این پوشش

2. اگر در یک طرح D-SNP ثبت نام می کنید، لطفاً موارد زیر را ارائه دهید:

شماره برنامه Medicaid ایالتی: _____

لطفاً شماره Medicaid را برای طرح های D-SNP درج کنید. عدم وجود شماره Medicaid ممکن است منجر به تاخیر در بررسی درخواست و احتمالاً رد درخواست شود.

مهم: متن زیر را بخوانید و امضا کنید:

• برای اینکه همچنان عضو Wellcare باشم، الزامی است هر دو بیمه بیمارستان (بخش A) و پزشکی (بخش B) را داشته باشم.

• با پیوستن به این طرح Medicare Advantage، من تأیید می کنم که Wellcare اطلاعات من را با Medicare به اشتراک خواهد گذاشت که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت نام من، انجام پرداخت ها و اهداف دیگر مجاز توسط قانون فدرال که به جمع آوری این اطلاعات اجازه می دهد، استفاده کند (به بیانیه قانون حریم خصوصی در زیر مراجعه کنید). پاسخ شما به این فرم داوطلبانه می باشد. با این حال، عدم پاسخ به آن می تواند بر ثبت نام در طرح تأثیر بگذارد.

• من درک می کنم که در یک زمان، تنها می توانم در یک طرح MA یا بخش D ثبت نام کنم - و ثبت نام در این طرح به طور خودکار موجب اتمام ثبت نام من در طرح دیگر MA یا بخش D می شود (برای طرح های MA PFFS و MA MSA استثنا وجود دارد).

• می دانم که با آغاز پوشش Wellcare، باید همه مزایای پزشکی و داروهای تجویزی خود را از Wellcare دریافت کنم. مزایا و خدماتی که توسط Wellcare ارائه می شوند و در سند "گواهی پوشش" Wellcare من (که به عنوان قرارداد عضو یا توافق نامه مشترک نیز شناخته می شود) آمده است، تحت پوشش خواهند بود. Wellcare و Medicare هیچ گونه هزینه ای بابت مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند پرداخت نخواهند کرد.



• اطلاعات مندرج در این فرم ثبت نام، تا آنجا که می دانم، صحیح است. می دانم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه کنم، ثبت نام من در طرح لغو خواهد شد.

• می دانم که امضای من (یا امضای شخصی که قانوناً مجاز است از طرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتویات این درخواست را خوانده ام و درک کرده ام. اگر توسط نماینده مجاز (همانطور که در بالا توضیح داده شد) امضا شده باشد، این امضا گواهی می دهد که:

(1) این فرد طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت نام است، و
(2) مدارک این اختیارات در صورت درخواست Medicare موجود است.

با امضای این سند، گواهی می دهم که تا آنجا که من می دانم، تمامی اطلاعاتی که ارائه کرده ام درست، کامل و دقیق است. می دانم که اگر مشخص شود این اطلاعات نادرست است، ممکن است ثبت نام من لغو شود.

تاریخ امروز

____/____/____
MM/DD/YYYY

امضا

اگر نماینده مجاز هستید، بالا را امضا کرده و فیلدهای زیر را پر کنید:

نام

آدرس

شماره تلفن

نسبت با ثبت نام شونده

(____) - _____



بخش 2 - تمامی فیلدهای این بخش اختیاری هستند

پاسخ دادن به این سؤالات به انتخاب شماست. به دلیل عدم تکمیل آن‌ها، پوشش شما رد نخواهد شد. اگر می‌خواهید اطلاعات برای شما به زبانی غیر از انگلیسی ارسال شود، یکی را انتخاب کنید.

☐ اسپانیایی ☐ عربی ☐ ارمنی ☐ کامبوجی ☐ فارسی ☐ همونگ ☐ کره‌ای ☐ روسی ☐ چینی ساده‌شده ☐ تاگالوگ ☐ ویتنامی

اگر می‌خواهید اطلاعات برای شما در قالبی قابل دسترس ارسال شود، یکی را انتخاب کنید.

☐ بریل ☐ چاپ درشت ☐ سی‌دی صوتی ☐ سی‌دی داده

اگر به اطلاعات در قالبی قابل دسترس غیر از موارد ذکرشده در بالا نیاز دارید، لطفاً با Wellcare به شماره 1-844-480-0680 تماس بگیرید (کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند). ساعات کاری دفتر ما از 1 اکتبر تا 15 دسامبر، یکشنبه تا شنبه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب است. از 16 دسامبر تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا شنبه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

1. آیا شاغل هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

2. آیا همسر شما شاغل است؟ ☐ بله ☐ خیر

3. آیا ساکن یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت، مانند خانه سالمندان، هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر «بله» است، لطفاً اطلاعات زیر را ارائه دهید:

نام مرکز:

آدرس مرکز (پلاک و خیابان):

شهر ایالت کد پستی شماره تلفن
(____) _____ - _____

پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP)، درمانگاه یا مرکز بهداشتی داخل شبکه خود را فهرست کنید:
می‌توانید ارائه‌دهنده را در findaprovider.healthnetcalifornia.com پیدا کنید.

اطلاعات ارائه‌دهنده برای طرح‌های HMO:

PCP NPI: PPG ID:

شناسه PPG: بیمار فعلی؟ ☐ بله ☐ خیر

☐ مایل به انتخاب PCP نیستم، می‌خواهم Wellcare پزشک PCP من را برایم انتخاب کند. من درک می‌کنم که می‌توانم در هر زمان با تماس با شماره خدمات اعضا روی کارت ID عضویت Wellcare خود، PCP خود را تغییر دهم.

اگر یک PCP معتبر داخل شبکه انتخاب نشود یا کادر تخصیص خودکار PCP علامت زده نشود، یک PCP داخل شبکه برای ذینفع تعیین خواهد شد. تخصیص PCP را می‌توان هر زمان با تماس با شماره خدمات اعضا روی کارت ID عضویت تغییر داد.



می‌توانید حق بیمه ماهانه طرح خود (از جمله هر جریمه فعلی یا معوقه بابت ثبت نام دیرهنگام) را هر ماه از طریق پست، انتقال الکترونیکی وجوه (EFT) یا کارت اعتباری پرداخت کنید. **همچنین می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما هر ماه به طور خودکار از مزایای تامین اجتماعی یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) شما کسر شود.**

اگر ملزم به پرداخت مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد برای بخش D (Part D-IRMAA) هستید، باید این مبلغ اضافی را علاوه بر حق بیمه طرح خود پرداخت کنید. این مبلغ معمولاً از مزایای تامین اجتماعی شما کسر می‌شود، یا ممکن است صورت‌حسابی از Medicare (یا RRB) دریافت کنید. مبلغ Part D-IRMAA را به Wellcare پرداخت نکنید.

افرادی که درآمد محدودی دارند ممکن است واجد شرایط برخورداری از برنامه کمک اضافی (Extra Help) برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی خود باشند. حتی اگر در حال حاضر کمک اضافی دارید، ممکن است لازم باشد برای تایید مجدد دوباره درخواست دهید. افراد زیادی واجد شرایط این صرفه‌جویی هستند و حتی از آن اطلاع ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این کمک اضافی، با دفتر تامین اجتماعی محل خود تماس بگیرید یا با تامین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس حاصل فرمایید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به صورت آنلاین در <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help> برای کمک اضافی درخواست دهید.

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

لطفاً یک گزینه پرداخت حق بیمه را انتخاب کنید:

- ☐ دریافت صورت‌حساب
- ☐ کسر خودکار از چک مزایای ماهانه تامین اجتماعی یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) شما. من مزایای ماهانه دریافت می‌کنم از: ☐ تامین اجتماعی ☐ RRB
- (ممکن است شروع کسر تامین اجتماعی/RRB پس از تایید کسر توسط تامین اجتماعی یا RRB دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بیشتر موارد، اگر تامین اجتماعی یا RRB درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تامین اجتماعی یا RRB شما شامل تمام حق بیمه‌های معوق از تاریخ مؤثر ثبت نام تا زمان آغاز کسر خواهد بود. اگر تامین اجتماعی یا RRB درخواست شما را برای کسر خودکار تایید نکند، ما یک صورت‌حساب کاغذی برای حق بیمه‌های ماهانه شما ارسال خواهیم کرد).

فقط برای افرادی که به ثبت نام‌شونده در تکمیل این فرم کمک می‌کنند

اگر شما فردی (مانند نماینده، کارگزار، مشاور SHIP، عضو خانواده یا شخص ثالث دیگری) هستید که به ثبت نام‌شونده در تکمیل این فرم کمک می‌کنید، این بخش را تکمیل کنید.

نام: _____ نسبت با ثبت نام‌شونده: _____

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



فقط برای استفاده اداری:

با امضا و ارسال این سند، گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در آن تا آنجا که من می‌دانم و باور دارم درست، کامل و دقیق است. می‌دانم که هرگونه ارائه اطلاعات نادرست یا حذف اطلاعات ممکن است موجب اقدامات انضباطی، تا حد لغو انتصاب و قرارداد تولیدکنندگی من، شود.

نام کارمند/نماینده/کارگزار (در صورت کمک در ثبت نام): _____

شماره ID طرح #: _____ تاریخ شروع پوشش: ____/____/____ (ماه/روز/سال)

نماینده فروش Wellcare/نماینده مجاز

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

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

بخش زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده فروش/نماینده: _____ شماره NPN نماینده فروش/نماینده: _____

وابستگی به آژانس/FMO (در صورت لزوم): _____

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

شماره تلفن نماینده #: (____) _____ - _____

ایمیل: _____

شماره تلفن آژانس/FMO (در صورت لزوم): (____) _____ - _____

تاریخ دریافت درخواست توسط نماینده فروش/نماینده مجاز: ____/____/____
(MM / D D / Y YYY)

(درخواست‌ها باید حداکثر ظرف 1 روز تقویمی از این تاریخ به Wellcare برسند.)

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

☐ سایر (مشخص کنید): _____

ارسال درخواست توسط کارگزار: نماینده فروش/نماینده باید فرم‌های محدوده انتصاب و ثبت نام را به شماره 3180-222-1-844 نماير کند.



تأییدیه واجد شرایط بودن برای دوره ثبت نام

به طور معمول، شما می‌توانید فقط در طول دوره ثبت نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید. استثنائاتی وجود دارد که ممکن است به شما اجازه دهد خارج از این دوره در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید. اگر این اولین بار است که از مزایای Medicare استفاده می‌کنید و بیش از 90 روز از 65 ساله شدن شما گذشته است، گزینه "من در Medicare جدید هستم." دوره ثبت نام ویژه (SEP) اعمال نمی‌شود، بنابراین لطفاً SEP مناسب را در زیر انتخاب کنید.

لطفاً عبارات زیر را با دقت بخوانید و در صورتی که عبارت شامل حال شما می‌شود، کادر مربوطه را علامت بزنید. با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر، تأیید می‌کنید که تا آنجا که می‌دانید، واجد شرایط یک دوره ثبت نام هستید. اگر بعداً مشخص شود این اطلاعات نادرست است، ممکن است ثبت نام شما لغو شود.

لطفاً قبل از انتخاب، تمامی عبارات زیر را بخوانید. تاریخ‌ها را به صورت ماه/روز/سال درج کنید.

☐ من تازه‌وارد Medicare هستم.
*لطفاً فقط در صورتی انتخاب کنید که 1. تازه‌کار و واجد شرایط شده‌اید؛ 2. در آستانه 90 روز تا 65 ساله شدن هستید یا اخیراً ظرف 90 روز گذشته 65 ساله شده‌اید؛ 3. دریافت‌کننده جدید مزایا هستید؛ یا 4. تازه واجد شرایط شده‌اید اما قبلاً فقط از طریق از کارافتادگی Medicare دریافت می‌کردید.
اگر پوشش کارفرمای شما اخیراً پایان یافته است و این اولین بار است که از Medicare استفاده می‌کنید، لطفاً SEP "پوشش کارفرما یا اتحادیه خود را ترک کردم" را در زیر انتخاب کنید.

☐ دوره ثبت نام سالانه (AEP) از 15 اکتبر تا 7 دسامبر به صورت سالانه.

☐ من از قبل بخش A (بیمه بیمارستان) را دارم و اخیراً برای اولین بار برای بخش B (بیمه پزشکی) ثبت نام کرده‌ام. می‌خواهم به یک طرح Medicare Advantage بپیوندم.

☐ پس از شروع پوشش بخش A و/یا بخش B من، در مورد دریافت Medicare به من اطلاع داده شد.
در تاریخ (درج تاریخ) به من اطلاع داده شد. ____/____/____

☐ من قبل از این هم Medicare داشتم، اما اکنون 65 ساله می‌شوم.

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

☐ من به آدرس جدیدی منتقل شده‌ام که خارج از منطقه تحت پوشش طرح فعلی من است، یا اخیراً نقل مکان کرده‌ام و این طرح یک گزینه جدید برای من است. در تاریخ (درج تاریخ) نقل مکان کردم. ____/____/____

☐ پس از زندگی در خارج از کشور، در تاریخ (درج تاریخ) به ایالات متحده بازگشتم. ____/____/____

☐ من از حبس آزاد شدم. در تاریخ (درج تاریخ) آزاد شدم. ____/____/____

☐ من اخیراً وضعیت حضور قانونی در ایالات متحده را دریافت کردم. این وضعیت را در تاریخ (درج تاریخ) دریافت کردم. ____/____/____

☐ من در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مانند خانه سالمندان یا بیمارستان توانبخشی زندگی می‌کنم.
*توجه: اطلاعات مرکز مراقبت طولانی‌مدت باید در فرم تکمیل شود.

☐ من اخیراً از یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مانند خانه سالمندان یا بیمارستان توانبخشی خارج شدم.
*توجه: اطلاعات مرکز مراقبت طولانی‌مدت باید در فرم تکمیل شود.

در تاریخ (درج تاریخ) از مرکز خارج شدم. ____/____/____



☐ من پوشش کارفرما یا اتحادیه خود (شامل پوشش COBRA) را در تاریخ (درج تاریخ) ترک کردم.

____/____/____

☐ من پوشش دارویی دیگری غیر از Medicare را که به اندازه پوشش دارویی Medicare خوب بود (پوشش معتبر) از دست دادم، یا پوشش دیگر غیر Medicare من تغییر کرد و دیگر معتبر محسوب نمی‌شود. پوشش خود را در تاریخ

____/____/____

(درج تاریخ) از دست دادم.

☐ طرح فعلی من برای سال قراردادی آینده تمدید نمی‌شود
*توجه: این SEP فقط از 8 دسامبر تا آخرین روز فوریه معتبر است.

☐ من پوشش خود را از دست دادم زیرا Medicare به قرارداد خود با طرح من پایان داد. نامه‌ای از Medicare دریافت کردم که می‌گفت می‌توانم به طرح دیگری بپیوندم. پوشش من در تاریخ (درج تاریخ) پایان یافت.

____/____/____

☐ من پوشش خود را در طرح PACE (برنامه‌های مراقبت همه‌جانبه برای سالمندان) لغو کردم. در تاریخ (درج تاریخ) از برنامه خارج شدم.

____/____/____

☐ من طرح نیازهای خاص خود را از دست دادم زیرا دیگر وضعیت نیازهای خاص لازم برای آن طرح را ندارم. در تاریخ (درج تاریخ) ثبت‌نام من در SNP لغو خواهد شد یا لغو شده است.

____/____/____

☐ می‌خواهم به یک طرح نیازهای خاص بپیوندم که مزایای خود را متناسب با بیماری مزمن من تنظیم می‌کند.

☐ من واجد شرایط پوشش طرح CSNP خود نشده‌ام و می‌خواهم در طرح دیگری ثبت‌نام کنم.

____/____/____

در تاریخ (درج تاریخ) به من اطلاع داده شد.

☐ من اخیراً در تاریخ (درج تاریخ) تغییری در Medi-Cal خود داشتم (به تازگی Medi-Cal دریافت کردم، تغییری در سطح Medi-Cal داشتم، یا Medi-Cal را از دست دادم).

____/____/____

☐ من اخیراً در تاریخ (درج تاریخ) تغییری در "کمک اضافی" برای پرداخت هزینه‌های داروی خود داشتم (به تازگی کمک اضافی دریافت کردم، تغییری در سطح کمک اضافی داشتم، یا کمک اضافی را از دست دادم).

____/____/____

☐ من توسط Medicare (یا ایالت خود) در یک طرح ثبت نام شدم و می‌خواهم طرح متفاوتی را انتخاب کنم.

____/____/____

ثبت نام من در آن طرح در تاریخ (درج تاریخ) آغاز شد.

☐ من در برنامه کمک دارویی ایالتی هستم. ایالت‌های زیر دارای SPAP واجد شرایط هستند:

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

☐ من در حال از دست دادن کمک از برنامه کمک دارویی ایالتی هستم.

____/____/____

کمک را در تاریخ (درج تاریخ) از دست دادم.

☐ من، یا فردی که برای کمک به اتخاذ تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی به او متکی هستم، تحت تاثیر یک

وضعیت اضطراری یا فاجعه بزرگ (طبق اعلام سازمان مدیریت بحران فدرال، یا توسط دولت فدرال، ایالتی یا محلی من) قرار گرفتیم. یکی از عبارات دیگر این صفحه شامل حال من می‌شد، اما به دلیل فاجعه نتوانستم درخواست خود را ارائه کنم.

دوره ثبت‌نام مربوط به مورد زیر را از دست دادم:



☐ من در یک طرح 5 ستاره Medicare ثبت نام می‌کنم.

☐ من در طرحی هستم که در 3 سال گذشته امتیاز ستاره آن کمتر از 3 ستاره بوده است. می‌خواهم به طرحی با امتیاز 3 ستاره یا بالاتر بپیوندم.

☐ من در طرحی هستم که اخیراً به دلیل مشکلات مالی تحت مدیریت دولتی (ورشکستگی/سرپرستی) قرار گرفته است. می‌خواهم به طرح دیگری تغییر دهم.

☐ من درخواست مدارک در قالبی قابل دسترس کردم و آن‌ها را به موقع دریافت نکردم. اکنون که برای تصمیم‌گیری درباره ثبت نام فرصت داشته‌ام، می‌خواهم ثبت نام کنم.
قالب قابل دسترسی که قبلاً درخواست کرده بودم عبارت بود از: _____
*توجه: قالب‌های قابل دسترس شامل، اما محدود به، بریل، سی‌دی داده و چاپ درشت نیستند.

☐ من برای بخش A حق بیمه پرداخت می‌کنم و در طول دوره ثبت نام عمومی (1 ژانویه تا 31 مارس هر سال) برای بخش B ثبت نام کردم. می‌خواهم در یک طرح دارویی Medicare (بخش D) یا یک طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی ثبت نام کنم.
* اگر برای بخش A حق بیمه پرداخت می‌کنید و در طول دوره ثبت نام عمومی برای بخش B ثبت نام می‌کنید، 2 ماه پس از ثبت نام برای بخش B فرصت خواهید داشت تا به یک طرح بپیوندید.
در تاریخ (درج تاریخ) ثبت نام کردم. _____/_____/_____

☐ من برای بخش A (بیمه بیمارستان) یا بخش B (بیمه پزشکی) در طول یک دوره ثبت نام ویژه که به دلیل شرایط استثنایی واجد شرایط آن شده بودم ثبت نام کردم. در تاریخ (درج تاریخ) ثبت نام کردم.
_____/_____/_____

☐ من Medicare دارم و از مزایای کامل Medi-Cal برخوردار هستم. مایلم در یک طرح نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه با یکپارچگی کامل (FIDE SNP)، یک طرح نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه با یکپارچگی بالا (HIDE SNP)، یا یک طرح یکپارچه قابل اعمال (AIP) ثبت نام کنم.

☐ من پوشش دارویی Medicare (بخش D) را از طریق طرح Medicare Advantage دارم. می‌خواهم در یک طرح بهداشتی متفاوت Medicare ثبت نام کنم که پوشش دارویی ارائه نمی‌دهد تا بتوانم به پوشش دارویی معتبر غیر Medicare تغییر دهم. *توجه: فقط MA

اگر هیچ‌یک از این عبارات شامل حال شما نمی‌شود یا مطمئن نیستید، لطفاً با Wellcare به شماره 1-844-480-0680 (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند) تماس بگیرید تا مشخص شود آیا واجد شرایط ثبت نام هستید یا خیر. ما از 1 اکتبر تا 15 دسامبر فعال هستیم؛ نمایندگان از یکشنبه تا شنبه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 16 دسامبر تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا شنبه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند.

باید همچنان حق بیمه Medicare Part B خود را پرداخت کنید. با این حال، برای ذی‌نفعان دارای پوشش دوگانه کامل، ایالت تا زمانی که واجد شرایط Medicaid باشید، حق بیمه بخش B شما را پرداخت خواهد کرد.



