

استمارة طلب تسجيل فردي للاشتراك في خطة Medicare Advantage Plan (القسم C)

تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة أثناء التسجيل المفتوح في الخريف (15 أكتوبر-7 ديسمبر)، يجب أن تحصل الخطة على الاستمارة التي أكملتها بحلول 7 ديسمبر.
- سترسل لك خطتك فاتورة بقسط تأمين الخطة. يمكنك اختيار التسجيل لخصم دفعات الأقساط من حسابك المصرفي أو الضمان الاجتماعي (أو مجلس التقاعد من السكك الحديدية).

ما الإجراء الذي يلي ذلك؟

قم بإرسال استمارتك الكاملة والموقعة إلى:

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

بمجرد معالجتهم لطلب انضمامك، سيتصلون بك.

كيف يمكنني الحصول على مساعدة بشأن هذه الاستمارة؟

اتصل بـ L.A. Care Health Plan على 1-3767-592-833-1 على
الاتصال على الرقم 711 TTY يمكن لمستخدمي
أو الاتصال بـ Medicare على 1-800-800-1
الاتصال على الرقم TTY يمكن لمستخدمي (1-800-633-4227).
2048-486-877-1.

En español: Llame a L.A. Care Health Plan al
1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al
1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en
español y un representante estará disponible para
asistirle.

الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة ولكن ليس لديك محل إقامة دائم، فقد يعتبر صندوق البريد أو عنوان ملجأ أو عيادة أو العنوان الذي تتلقى عليه البريد (على سبيل المثال، فحوصات الضمان الاجتماعي) عنوان إقامتك الدائم.

من يمكنه استخدام هذه الاستمارة؟

الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare ويرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan

للانضمام إلى خطة، يجب عليك:

- أن تكون مواطناً أمريكياً أو موجوداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- أن تكون ساكناً في منطقة الخدمة

مهم: للانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan، يجب أن يكون لديك أيضاً كل من:

- القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى)
- القسم B في برنامج Medicare (التأمين الطبي)

متى استخدام هذه الاستمارة؟

يمكنك الانضمام إلى خطة:

- بين 15 أكتوبر-7 ديسمبر من كل عام (للتغطية ابتداءً من 1 يناير)
 - خلال 3 أشهر من بداية الانضمام في برنامج Medicare
 - في حالات معينة حيث يسمح لك بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها
- تفضل بزيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد حول متى يمكنك التسجيل في خطة.

ما الذي أحتاج إليه لإكمال هذه الاستمارة؟

- رقم برنامج Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة برنامج Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

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

وفقاً لقانون تخفيض العمل الورقي لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تكن تحمل رقم مراقبة صالحاً تابع لمكتب الإدارة والموازنة. رقم الرقابة الساري لمكتب الإدارة والموازنة (OMB) لعملية جمع المعلومات هذه هو 1378-0938. يتم تقدير الوقت المطلوب لإكمال المعلومات بمتوسط (20) دقيقة لكل حالة استجابة، بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات، والبحث عن موارد البيانات الموجودة، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كان لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى PRA Reports، Attn: CMS, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05.

ملاحظة مهمة

لا ترسل هذه الاستمارة أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وما إلى ذلك) إلى مكتب تخلص التقارير (PRA). سيتم تدمير أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذه الاستمارة أو عبء جمعها (المبين في OMB 1378-0938). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إعادة توجيهها إلى الخطة. راجع قسم "ما الإجراء التالي؟" في هذه الصفحة لإرسال استمارتك المكتملة إلى الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول الواردة في هذه الصفحة مطلوبة* (ما لم تُوضَع علامة "اختيارية" عليها)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

[خطة (L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – بتكلفة \$0 شهريًا

الاسم الأول: اسم العائلة: [اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط]:

نوع رقم الهاتف: [] منزلي [] تليفون محمول () رقم الهاتف: الجنس: [] ذكر [] أنثى تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) (/ /)

عنوان شارع السكن الدائم* (لا تُدخِل رمز صندوق البريد):

الرمز البريدي: الولاية: [اختياري: المقاطعة]: المدينة:

العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال رمز صندوق البريد): عنوان الشارع: المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

معلومات برنامج Medicare الخاصة بك:

رقم برنامج Medicare:

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

هل سيكون لديك تغطية للعقاقير المقررة بوصفة طبية (مثل تغطية VA أو TRICARE) بالإضافة إلى خطة L.A. Care Medicare Plus Plan؟ [] نعم [] لا

اسم التغطية الأخرى: رقم العضوية لهذه التغطية: رقم المجموعة لهذه التغطية:

إذا كانت إجابتك "نعم"، يرجى تقديم رقم Medi-Cal الخاص بك: هل أنت مُسجّل في برنامج Medi-Cal؟

[] نعم [] لا

مهم: اقرأ التالي ووقع أدناه:

- يجب أن أحتفظ بكلا الجزأين المستشفى (القسم A) وMedical (القسم B) للبقاء في خطة L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP).
- بالانضمام إلى برنامج Medicare Advantage هذا، أقر بأن خطة L.A. Care Medicare Plus ستشارك معلوماتي مع برنامج Medicare، الذي يحق له بدوره استخدامها لتتبع عملية تسجيلي وإجراء المدفوعات ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يصرح بجمع هذه المعلومات (راجع بيان قانون الخصوصية الوارد أدناه). وإجابتك على ما هو وارد في هذه الاستمارة أمر طوعي. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك في عملية التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه لا يمكنني التسجيل سوى في خطة MA واحدة في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سيؤدي تلقائيًا لسجلي في أي خطة MA أخرى (تتطبيق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أفهم أنه عندما تبدأ تغطية خطة L.A. Care Medicare Plus الخاصة بي، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية ومزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية الخاصة بي من خطة L.A. Care Medicare Plus. ستشمل التغطية المزايا والخدمات التي تقدمها خطة دليل التغطية الخاص بي (المعروف أيضًا باسم "L.A. Care Medicare Plus" والواردة في مستند L.A. Care Medicare Plus قيمة المزايا أو الخدمات غير L.A. Care Medicare Plus ولا خطة Medicare عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن يدفع برنامج المشمولة بالتغطية.
- المعلومات الواردة في استمارة التسجيل هذه صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد في هذه الاستمارة، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة.
- أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت محتوياته وفهمتها. في حال توقيع ممثل معتمد (كما هو موضح أعلاه)، يشهد هذا التوقيع بأن (1) هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل و (2) Medicare. بأن وثائق هذا التفويض متوفرة عند الطلب من قبل.

تاريخ اليوم: التوقيع:

إذا كنت الممثل المعتمد، فيرجى التوقيع أعلاه وملء هذه الحقول:

العنوان: الاسم:

العلاقة بالمشترك: رقم الهاتف:

القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

الإجابة عن هذه الأسئلة أمر اختياري. لا يمكن رفض منحك التغطية إذا لم تُجب عنها.

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟ حدد كل ما ينطبق.

- [] نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكاني / شيكانية
[] نعم، كوبي
[] لا، لست من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني
[] نعم، بورتوريكي
نعم، من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر
[] أفضل عدم الإجابة.

ما هو عرقك؟ حدد كل ما ينطبق.

- [] أمريكي من أصول إفريقية
من سكان هاواي وجزر المحيط الهادئ الأصليين:
[] غواماني أو شامورو
[] من مواطني هاواي الأصليون
[] سامواي
[] من مواطني جزر المحيط الهادئ الآخرين
[] أبيض
[] أفضل عدم الإجابة
[] مواطن أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين
آسيوي:
[] آسيوي هندي
[] صيني
[] فلبيني
[] ياباني
[] كوري
[] فيتنامي
[] آسيوي آخر

ما جنسك؟ اختر إجابة واحدة.

- [] استخدم مصطلح مختلف: _____
[] امرأة
[] رجل
[] لاثنائي
[] أفضل عدم الإجابة.

أي مما يلي يمثل رأيك في نفسك أفضل تمثيل؟ اختر إجابة واحدة.

- [] استخدم مصطلح مختلف: _____
[] مثلية أو مثلي الجنس
[] مستقيم، أي لست مثلي أو مثلية
[] ثنائي الجنس
[] لا أعرف
[] أفضل عدم الإجابة.

حدد اللغة التي تتحدثها، إذا كانت غير اللغة الإنجليزية.

- [] الأسبانية [] الماندرين [] الكانتونية [] الكورية [] الأرمنية [] الروسية [] العربية
[] التاغالوغية [] الفيتنامية [] الفارسية [] الخميرية/الكمبودية

حدد اختياراً من الاختيارات التالية إذا كنت تريد منا إرسال معلوماتك بلغة أخرى غير الإنجليزية.

- [] الإسبانية [] الصينية [] الكورية [] الأرمنية [] الروسية [] العربية [] التاغالوغية
[] الفيتنامية [] الفارسية [] الخميرية/الكمبودية

حدد اختياراً من الاختيارات التالية إذا كنت تريد منا إرسال المعلومات إليك بتنسيق يمكن الوصول إليه.

- [] طباعة بأحرف كبيرة [] قرص مضغوط صوتي [] قرص بيانات مضغوط [] طريقة برايل للمكفوفين

يرجى الاتصال بمسؤول خطة L.A. Care Medicare Plus على الرقم 1-833-522-3767 إذا كنت بحاجة إلى إرسال المعلومات إليك بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف التنسيقات المذكورة أعلاه. نحن متاحون على مدار 24 ساعة يومياً وطوال أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

- هل تعمل؟ [] نعم [] لا هل يعمل زوجك/زوجتك؟ [] نعم [] لا

اذكر طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك:		
رقم هاتف طبيب الرعاية الأولية (PCP): ()	عنوان طبيب الرعاية الأولية (PCP):	
هل أنت مريض لدى هذا الطبيب حالياً؟ [] نعم [] لا	المجموعة الطبية/جمعية الأطباء المستقلين (IPA):	رقم هوية موفر الرعاية لدى L.A. Care (مدرج في دليل موفر الرعاية):
نوع رقم الهاتف: [] منزلي [] تليفون محمول	رقم الهاتف الثانوي: ()	
[] بتحديد مربع الاختيار هذا، فإنك توافق على السماح لمسؤول خطة L.A. Care بالاتصال بك والتواصل معك، بما في ذلك عن طريق الاتصال أو الرسائل النصية. ويمكنك تغيير هذه الموافقة في أي وقت من خلال الاتصال بمسؤول خطة L.A. Care.		
عنوان البريد الإلكتروني:		
[] بتحديد مربع الاختيار هذا، فإنك توافق على السماح لمسؤول خطة L.A. Care بالاتصال بك والتواصل معك عن طريق البريد الإلكتروني. وستستمر في تلقي معلومات الخطة المهمة عبر البريد. ويمكنك تغيير هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بمسؤول خطة L.A. Care Medicare Plus على الرقم 1-833-522-3767-711 TTY.		

رقم هاتف جهة الاتصال في حالة الطوارئ: ()	الاسم الكامل لجهة الاتصال في حالة الطوارئ:
العلاقة بالمستفيد:	البريد الإلكتروني لجهة الاتصال في حالة الطوارئ:

للأفراد الذين يساعدون المشترك في ملء هذا النموذج فقط	
استكمل هذا القسم إذا كنت فرداً (مثل الوكلاء أو الوسطاء أو مستشاري برنامج SHIP أو أفراد الأسرة أو الأطراف الأخرى) يساعد مشترك في ملء هذا النموذج	
الصلة بالمشترك:	الاسم:
رقم المنتج الوطني (الوكلاء/الوسطاء فقط):	التوقيع:
عنوان البريد:	رقم الهاتف:
تاريخ السريان المقترح:	تاريخ الاستلام:

بيان قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات Medicare و Medicaid و Medicare بجمع المعلومات من خطط Medicare لتتبع عمليات تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA) وتحسين الرعاية ودفع تكاليف مزايا Medicare. ويسمى القسم 1851 من قانون الضمان الاجتماعي والقسمين 422.50 و 422.60 في القانون 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) بجمع هذه المعلومات. ويحق لمراكز خدمات Medicare و Medicaid استخدام بيانات التسجيل المقدمة من المستفيدين من برنامج Medicare والإفصاح عنها وتبادلها كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "العقابر المقررة بوصفها طبية من برنامج Medicare Advantage (MARx)", رقم النظام 09-70-0588. وإجابتك على ما هو وارد في هذه الاستمارة أمر طوعي. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك في عملية التسجيل في الخطة.